|  |
| --- |
| **CONSORCIO URBANÍSTÍCO PARA LA REHABILITACIÓN DE PUERTO DE LA CRUZ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |   |
| **Domicilio:** |  |
| **Localidad:** |  |
|  |  |  |
| **Número del N.I.F.:** | **Fax:**  | **Teléfono:** |
| **En Representación de:**  |
| **Domicilio del Representado:** |
| **N.I.F.:** **Teléfono:**  |
| **CONTENIDO DE LA PETICIÓN:** Puerto de la Cruz, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Sr. Presidente del Consorcio Urbanístico para la Rehabilitación de Puerto de la Cruz**  |