



Ayuntamiento
de Santiponce

SOLICITUD DE ATENCIÓN INMEDIATA

Datos Personales (Persona Física)

Nombre	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>
NIF	<input type="text"/>

Datos Personales (Persona Jurídica)

Nombre o Razón Social	<input type="text"/>
NIF/CIF	<input type="text"/>
Representante	<input type="text"/>
NIF Representante	<input type="text"/>

Dirección a efectos de comunicación

Correo Electrónico	<input type="text"/>
Calle	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>

Describa el motivo de la solicitud de atención inmediata

Forma de respuesta que prefiere

<input type="radio"/> Correo Electrónico	<input type="radio"/> Fax
<input type="radio"/> Carta a domicilio	<input type="radio"/> Sin respuesta

Santiponce, a de de

Sr/a. Alcalde/sa-Presidente/a del Ayuntamiento de Santiponce