

Servicio de Gestión Tributaria

Sección de Recursos Propios

c/ Archer Milton Huntington, 17
15011 A Coruña

Telf.: 981 080 024/25 - Fax: 981 080 091

e-mail: bop@dicoruna.es

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ALTA EN LA ZONA ANUNCIANTES
REGISTRO DE AUTENTIFICACIÓN**

ORGANISMO O ENTIDAD QUE ORDENA LA INSERCIÓN DE LA PUBLICACIÓN (1)

ORGANISMO / ENTIDAD	Nombre			
	Dirección			
	NIF:	Telf.:	Fax:	Correo electrónico:
Representante	Apellidos y nombre:			
	Cargo:			
Notificación telemática				

ANUNCIANTE

ESTRUCTURA (2)	Administración:				
	Organismo:				
	Unidad administrativa/ Departamento:				
Idioma de comunicación:		Gallego	Castellano	Teléfono de contacto:	Fax:
Domicilio de comunicaciones	Nombre:				
	Dirección:				
	Correo electrónico:		Notificación telemática		

ORGANISMO ANUNCIANTE (3)

NIF:	Denominación:
------	---------------

PERSONAS AUTORIZADAS (4)

Apellidos y Nombre:				Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:				
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:			
Tipo de usuario:		Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:		Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Apellidos y nombre:				Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:				
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:			
Tipo de usuario:		Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:		Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Apellidos y nombre:				Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:				
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:			
Tipo de usuario:		Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:		Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Apellidos y nombre:				Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:				
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:			
Tipo de usuario:		Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:		Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Servicio de Gestión Tributaria

Sección de Recursos Propios

c/ Archer Milton Huntington, 17
15011 A Coruña

Tel.: 981 080 024/25 - Fax: 981 080 091

e-mail: bop@dicoruna.es

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ALTA EN LA ZONA ANUNCIANTES
REGISTRO DE AUTENTIFICACIÓN**

PERSONAS AUTORIZADAS (4)

Apellidos y nombre:			Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:			
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:		
Tipo de usuario:	Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:	Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Apellidos y nombre:			Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:			
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:		
Tipo de usuario:	Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:	Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Apellidos y nombre:			Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:			
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:		
Tipo de usuario:	Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:	Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Apellidos y nombre:			Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:			
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:		
Tipo de usuario:	Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:	Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Apellidos y nombre:			Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:			
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:		
Tipo de usuario:	Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:	Firma electrónica	Usuario y contraseña		

Apellidos y nombre:			Firma	
NIF:	Puesto de trabajo:			
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:		
Tipo de usuario:	Consulta	Tramitador		Firmante
Tipo de acceso:	Firma electrónica	Usuario y contraseña		

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado: (Apellidos, nombre y cargo de la autoridad o funcionario facultado para ordenar la inserción de la publicación)

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN DE A CORUÑA