

ASESORAMIENTO FISCAL

Solicitud de Consulta

Fecha	
-------	--

Información Contacto del Solicitante

Nombre Solicitante					
Puesto					
Categoría Puesto	<input type="checkbox"/>	Empleado Municipal			
	<input type="checkbox"/>	Legislador Municipal			
	<input type="checkbox"/>	Empleado Entidad Gubernamental			
Municipio / Agencia / Compañía					
Dirección Postal					
Correo Electrónico					
Tel.		Extensión:		Fax:	

Información de la Consulta

Asunto	<input type="checkbox"/> Patentes
	<input type="checkbox"/> Arbitrios
	<input type="checkbox"/> Empresas Municipales y Franquicias
	<input type="checkbox"/> Ordenanzas y Resoluciones
	<input type="checkbox"/> Compras y Subastas
	<input type="checkbox"/> Presupuesto
	<input type="checkbox"/> Propiedad Municipal
	<input type="checkbox"/> Corporaciones Especiales para el Desarrollo Municipal
	<input type="checkbox"/> Fondos CDBG
	<input type="checkbox"/> Otro Asunto _____
Hechos que sustentan la Solicitud de Consulta	