

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	