



# H. XI Ayuntamiento de Los Cabos, B.C.S.

Tesorería General Municipal  
Dirección Municipal de Ingresos

San José del Cabo, B.C.S. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## C. TESORERO MUNICIPAL

Nombre del Propietario: _____
Nombre o Razón Social: _____
Fecha que Inició Operaciones: _____
Domicilio: _____
Lugar: _____ Oficina Recaudadora: _____
Giro o Actividad: _____

### CLASE DE AVISO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01.- Clausura Definitiva.                   | <input type="checkbox"/> 04.- Cambio de Domicilio. |
| <input type="checkbox"/> 02.- Traspaso Total.                        | <input type="checkbox"/> 05.- Cambio de Actividad. |
| <input type="checkbox"/> 03.- Cambio de Denominación o Razón Social. |  |

<b>01</b> FECHA DE CLAUSURA
_____
AÑO                      MES                      DIA

<b>04</b> SE CAMBIO DE DOMICILIO A:
_____
FECHA DE CAMBIO
_____
AÑO                      MES                      DIA

<b>02</b> SE TRASPASA A: _____
R.F.C. _____
FECHA DE TRASPASO
_____
AÑO                      MES                      DIA

<b>05</b> SE CAMBIA DE ACTIVIDAD A:
_____
FECHA DE CAMBIO
_____
AÑO                      MES                      DIA

<b>03</b> CAMBIO DE DENOMINACION O RAZON SOCIAL A:
_____
FECHA DE TRASPASO
_____
AÑO                      MES                      DIA

<b>EL PROPIETARIO</b>
-----------------------

<b>Vo.Bo</b> <b>Vo. Bo. DELEGADO MUNICIPAL</b>
---

<b>AUTORIZA</b> <b>Vo. Bo. TESORERO MUNICIPAL</b>
--