

## **INSTANCIA**

Nombre y Apellidos		
DNI	Domicilio	
Ciudad	C.P	Provincia
Teléfono	Teléfono Mó	ovil
Correo electrónico _		
	_	Como representante
(En su caso) l	Nombre de la entidad /em	npresa que representa:
		CIF
EXPONE:		
SOLICITA:		
N.C. 1		
Mérida, a de	de	·

FIRMA

## AL CONSORCIO DE LA CIUDAD MONUMENTAL DE MÉRIDA

Enviar al Fax 924 00 49 16 o por e-mail a tramites@consorciomerida.org