



**COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS  
DE ZARAGOZA**

SELLO REGISTRO COMZ

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE CUOTAS POR PRECARIEDAD		AÑO
APELLIDOS Y NOMBRE		Nº COLEGIADO
DOMICILIO FISCAL COMPLETO		N.I.F.
NÚMERO DE CUENTA - IBAN		
E	S	
TELÉFONOS DE CONTACTO		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
<b>PRINCIPALES BOLSAS DE TRABAJO EN LAS QUE ESTÁ INSCRITO/A:</b>		
FECHA INSCRIPCIÓN:		ENTIDAD:
FECHA INSCRIPCIÓN:		ENTIDAD:
<b>JUSTIFICACIÓN DOCUMENTAL QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD</b> <i>(Dicha documentación corresponderá al año del que solicita la devolución de cuotas)</i>		
Fotocopia del Documento Nacional de Identidad.		
Certificado del banco que acredite la titularidad de la cuenta bancaria donde se solicita la devolución.		
Copia de la Declaración del IRPF una vez presentada.		
Si no presenta declaración del IRPF por no tener dicha obligación, aportar Certificado negativo de la Agencia Tributaria.		
Datos fiscales personalizados que otorga Hacienda.		
Certificado de rendimientos del trabajo facilitados por las empresas pagadoras.		
Declaración de Patrimonio (En el caso de que la realice).		
Copia de los Recibos pagados de los que se solicita la devolución.		
<b>DETALLE DE LA DEVOLUCIÓN QUE SOLICITA</b>		<b>IMPORTE TOTAL €</b>
CUOTA COLEGIAL		
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL		
<b>IMPORTE TOTAL DE LA DEVOLUCIÓN QUE SOLICITA</b>		

**Esta solicitud junto con la justificación documental requerida deberá ser presentada en el Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza entre el 1 de junio y el 30 de septiembre del año en curso y corresponderá al año anterior.**

**No se admitirá ninguna solicitud recibida fuera de dicho plazo.**

Zaragoza, a            de            de 20

Firmado: \_\_\_\_\_