



COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA DE REGULARIZACIÓN



Nombre del Obligado Tributario:

Número de identificación física o jurídica:

Representante Legal:

Número de identificación:

Número de oficio de regularización:

Mediante el presente hago de su conocimiento que acepto la propuesta de regularización planteada por el Colegio de Cirujanos Dentistas, así las cosas me comprometo a realizar la cancelación de la deuda tributaria determinada por concepto del Timbre Odontológico para los periodos: (_____) por el monto de ¢ _____ (indicar monto en letras) y demás condiciones que procedan según la forma de pago.

Firma del Representante Legal

Nota: Si la firma es de forma física debe adjuntar cédula de identidad del representante legal.