PODER ESPECIAL PARA SUSCRIBIR PLAN DE PAGOS.

Quien suscribe, Sr./Sra. ………………………………………..…………….....................,

DNI Nro. …………..………., (se adjunta copia de DNI firmada) en carácter de propietario/a del inmueble sito en ……………………………………………….., que corresponde al expediente de Rentas Nro.………./Unidad………….autorizo al/la Sr./Sra. ………………………………..… DNI Nro. …………………….., a suscribir el “Convenio de Plan de Pago – Reconocimiento de Deuda” conforme Reglamentación aprobada por Resolución DPOSS N° 504/2020, mediante el cual se financia la deuda existente a la fecha, en concepto del servicio público brindado por la Dirección Provincial de Obras y Servicios Sanitarios.

En caso de existir periodos que hayan sido alcanzados por la prescripción, renuncio expresamente a la misma.

Sin más, firmo en conformidad de lo expuesto.

|  |
| --- |
| Firma:………………………………………….. |
| Lugar y Fecha:………………………………… |
| N° de Cel:……………………………………… |
| e-mail:…………………………………………. |
|  |