



Municipalidad de Trinidad
Santa Bárbara, Honduras, C.A.
Departamento Control Tributario



SOLICITUD DE CIERRE DE ESTABLECIMIENTO

FECHA DE CIERRE: _____

SEÑORES
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO

SOLICITO A USTEDES CANCELAR EL NEGOCIO CON CODIGO N° _____ DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

ESTABLECIMIENTO DENOMINADO: _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____

MOTIVO DE CANCELACION: _____

DIRECCION DEL NEGOCIO: _____

FECHA DE CANCELACION: DIA _____ MES _____ AÑO _____

FIRMA DEL PROPIETARIO