

SOLICITUD

de apertura, reapertura, ampliación, traslado y traspaso de establecimiento

NOMBRE DEL CONSIGNATARIO

Roberto Vago Lopez

Clase de Establecimiento

Faller y masaje
D. *Roberto Vago Lopez*
núm. *4* piso *3*

Situación

Pena y Goni 4

que habita en la calle *Las Albas*
solicita autorización para *apertura* un establecimiento
de *faller y masaje* en la calle *Pena y Goni* núm. *4* piso *3* previo

el pago de los derechos correspondientes.

Observaciones:

Al *L. Jefe del Neg. 4*
L. Jefe del Neg. 4
San Sebastián *19* de *1* de 19*54*
P. E. Ndo. de Impuestos y Tasas.

San Sebastián *19* de *enero* de 19*54*

Firma del Solicitante,

Roberto Vago

El *L. Jefe del Dep. de Neg. 4* informando sobre esta solicitud,
manifiesta: *que reuniendo el fiscal buenas condiciones,*
queda abdicado a lo que solicita.

Al _____
San Sebastián de _____ de 19____
P. E. Ndo. de Impuestos y Tasas.

San Sebastián *25* de *enero* de 19*55*

Firma,

D. Manuel Vidaur

El _____ informando sobre esta solicitud,
manifiesta: _____

Conforme con los dictámenes anteriores:
San Sebastián de _____ de 19____
El Alcalde.

San Sebastián de _____ de 19____

Firma.