

REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO FISCAL

EMPRESA _____
_____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, representada por seu
responsável legal _____, com sede à
_____, Vicentina/MS, vem
perante Vossa Senhoria REQUERER a concessão de benefício fiscal de redução da alíquota do
ISSQN.

Segue em anexo a documentação solicitada para fins de comprovação dos requisitos previstos na
Lei Complementar Municipal nº 060/2023.

Termos em que, pede deferimento.

Vicentina/MS _____ de _____ de _____.

Representante Legal

Empresa _____