CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-027

2027

Ficha del Prestador de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

Datos del Prestador

Apellido y Nombre / Razón Social .....

Tipo y N° Documento | CUIT N° | N° Acreedor

Sexo/Género ..... Fecha de Nacimiento | País de Nacimiento .....

Nacionalidad ..... Otras nacionalidades ..... País de emisión del Documento .....

Domicilio particular Calle ..... N° | Torre | Piso | Dpto.

Barrio ..... C.P. | Localidad/Provincia .....

Tipo de teléfono ..... N°

Dirección de correo electrónico .....

Rubro *(marcar con una X lo que corresponda)*

Profesional ☐ Centro ☐ Transporte ☐ Escuela ☐ Hogar ☐ Instituto ☐

Datos Bancarios

CBU N° | Tipo de cuenta .....

N° de Cuenta | Banco .....

Datos Profesionales / Formación

Título/ Formación ..... Especialidad .....

Fecha de graduación | N° Matrícula | Fecha de vencimiento

Domicilio de atención .....

Teléfono del consultorio o Institución

Condición frente a IVA

Responsable inscripto ☐ Inscripto Monotributo ☐ Exento ☐

Exención Ingresos Brutos

Si ☐ No ☐ *En caso afirmativo, deberá adjuntar el certificado correspondiente*

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

Firma y Sello

Aclaración .....