

Programa de discapacidad

Documentación General

DATOS DE PAGO A PROVEEDORES - FORMULARIO 9

Formulario de uso exclusivo para gestión y pago de facturación

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombre / Razón Social: _____

CUIT N°:

Teléfono: _____

Mail: _____

Matrícula Prov./Nac. N°: _____ Corresponde SÍ ☐ / NO ☐

N° RNP/SNR: _____ Corresponde SÍ ☐ / NO ☐ Vencimiento: ____ / ____ / ____

Especialidad: _____

Plazo de Pago: Mecanismo Integración

Documentación impositiva

CUIT N°: N° de Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA: ☐ Responsable inscripto ☐ Exento ☐ Monotributo

Condición frente a Imp. a las Ganancias: ☐ Responsable inscripto ☐ Exento ☐ Monotributo

Condición frente a Ingresos Brutos: ☐ Local ☐ Exento ☐ Convenio multilateral

Dirección (domicilio fiscal): _____

Código postal: _____

Tipo de Factura que emiten: ☐ A ☐ A - Con CBU Informado ☐ M ☐ C

Documentación a adjuntar:

- ☐ Constancia de inscripción en AFIP (actualizada)
- ☐ Constancia de inscripción de Ingresos Brutos (C.M.: CM01 / Padrón Web / CM05 / Local)
- ☐ Constancia de Exención: Ganancias / IVA / IIBB
- ☐ Comprobante bancario

Datos bancarios

Nombre de entidad bancaria: _____

N° de Cuenta:

Tipo de cuenta: ☐ Caja de ahorro ☐ Corriente

CBU:

El CBU debe estar habilitado para la acreditación bajo la modalidad "PAGO A PROVEEDORES".

Datos domicilio prestacional

Dirección: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ Barrio: _____

Código postal: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Teléfono (prefijo): _____

Página web: _____

Realiza consulta domiciliaria: SÍ ☐ / NO ☐

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.