

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

Nº RNP/SNR: _____ Corresponde Sí / NO Vencimiento: ____ / ____ / ____

Especialidad: _____

Plazo de Pago: Mecanismo Integración

Documentación impositiva

CUIT N°: _____ Nº 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 Butos: 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: _____

Nº 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.