

## Programa de Discapacidad – Documentación General

## PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL

Razón social / Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CUIT ° \_\_\_\_\_ (Adjuntar form 576 / flrio de inscripción en AFIP)

Condición frente al impuesto al valor agregado (IVA):

Responsable Inscripto	No responsable	Exento	Responsable no Inscripto	Monotributista	Consumidor Final
--------------------------	-------------------	--------	-----------------------------	----------------	---------------------

(Si es exento deberá presentar copia de constancia de exención)

(Si es monotributista deberá acompañar copia de formulario de inscripción)

Impuesto a los Ingresos brutos N° (completar si corresponde): \_\_\_\_\_

(Adjuntar constancia bancaria certificada de cuenta donde se realizará el pago de la prestación).

## RECUERDE:

- La cuenta bancaria deberá pertenecer al profesional que brinde la prestación. **No se les depositarán pagos a terceros.**
- El **CBU** de la cuenta deberá estar vinculada al CUIT del profesional que brinda la prestación, de manera excluyente.
- Las **fotocopias** de la documentación a remitir deberán ser firmadas en original.
- El **e-mail** declarado debe utilizarse de manera activa, ya que allí se notificarán las autorizaciones o cambios; en caso de realizar modificación del mismo, por favor informar. En lo posible, completar dicho ítem en letra imprenta legible.