PROGRAMA DE DISCAPACIDAD

PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL

Razón social / Apellido y nombre: _____

Domicilio: _____

Localidad:_____ **Provincia:**_____ **C.P.:**_____

Teléfonos:_____ **E-mail:**_____

CUIT Nº:_____ *(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 Nº *(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.**