Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

DATOS DE PAGO A PROVEEDORES - FORMULARIO 12

Formulario de uso exclusivo para gestión y pago de facturación

Fecha: ____ /____ /_____

Apellido y Nombre / Razón Social: _____

CUIT Nº: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Teléfono: _____

Mail: _____

Matrícula Prov./Nac. Nº: _____ Corresponde SÍ ◯ / NO ◯

Nº RNP/SNR: _____ Corresponde SÍ ◯ / NO ◯ Vencimiento: ____ /____ /_____

Especialidad: _____

Plazo de Pago: Mecanismo Integración

Documentación impositiva

CUIT Nº: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 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.