

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD PRESTACIÓN DE TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha: ____ / ____ / ____

PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL

Razón social / Apellido y nombre: _____

Domicilio: _____

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

Teléfonos: _____ E-mail: _____

CUIT N°: _____ (Adjuntar form 576 / flrio de inscripción en AFIP)

Condición frente al impuesto al valor agregado (IVA):

Responsable Inscripto	No alcanzado / No responsable	Exento	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.