

## DATOS

Solicitante:	Fecha de pedido:	/	/
Razón Social - Nombre del prestador:	Fecha de Nac.:	/	/
Matrícula:	Nº inscripción S.S.S:	Especialidad:	
Domicilio legal:	Localidad:	Provincia:	
C.P.:	Tel. Particular:	E-mail:	
Domicilio Laboral:	Tel. Laboral:		

## TIPO DE CONVENIO

Profesional directo    Óptica    Farmacia    Convenio directo (clínica, sanatorio, órgano colegiado)    Proveedor

## CONTACTO

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Horario de atención: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (SÓLO CONVENIOS Y PROGRAMAS ESPECIALES)

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.S.
- Copia del título.
- Habilitación Municipal (sólo farmacias, ópticas).
- Habilitación e inscripción en el Colegio de Farmacéuticos (sólo farmacias).
- Curriculum vitae (sólo Profesional directo).
- Carpeta institucional (sólo Convenios directos).
- Estatuto (para Asoc. Civiles, Mutuales, Cooperativas).
- Listado de prestaciones que brinda junto con los aranceles pretendidos para las mismas (sólo convenios).
- Fotocopia de DNI.

**DATOS IMPOSITIVOS**

CUIT N° (Adjuntar constancia de inscripción vigente):

N° Ingresos Brutos (Adjuntar constancia de inscripción vigente – CM01 y CM05 de corresponder –):

**CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IVA**
 Responsable Inscripto    Exento    Monotributista    Proveedor del Exterior    Pequeño contribuyente Eventual

 Sujeto Pasible de Retención:  Si    NO                      Porcentaje de exclusión Retención: \_\_\_\_\_ %

 Certificado de Exclusión de Retención:  Si    NO                      Fecha: Desde:   /   /                      Hasta:   /   /

 Agente de Retención (ex RG 18):  Si    NO                      Agente de Percepción (ex RG 3337):  Si    NO

**CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IMP. A LAS GANANCIAS**
 Responsable Inscripto    Responsable No Inscripto    Monotributista    Exento (adjuntar certificado de Ex.)    Otro

 Sujeto Pasible de Retención:  Si    NO                      Porcentaje de exclusión Retención: \_\_\_\_\_ %

 Certificado de Exclusión de Retención:  Si    NO                      Fecha: Desde:   /   /                      Hasta:   /   /

**Conceptos Sujetos a Retención RG 830**
 Enajenación de Bienes Muebles                       Alquiler de Bienes muebles o Inmuebles                      Otros: .....

 Locación de Obras y/o Servicios                       Profesiones Liberales                      .....

**CATEGORÍA SUSS**
 Empleador    Empleador c/Cert. De Exclusión (a)    Monotributo    Exento (adjuntar certificado de Ex.)    Otro  
(a) Enviar certificado de exclusión/exención de retención

 Sujeto Pasible de Retención:  Si    NO                      Porcentaje de exclusión Retención: \_\_\_\_\_ %

 Certificado de Exclusión de Retención:  Si    NO                      Fecha: Desde:   /   /                      Hasta:   /   /

Indicar Actividad:

**CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE INGRESOS BRUTOS**
 Inscripto Contribuyente Local    Inscripto Convenio Multilateral    Exento    Inscripto Régimen Simplificado    Otro

 Sujeto Pasible de Retención:  Si    NO                      Porcentaje de exclusión Retención: \_\_\_\_\_ %

 Certificado de Exclusión de Retención:  Si    NO                      Fecha: Desde:   /   /                      Hasta:   /   /

Enviar formulario 1276

**NOTA:** Ante cualquier tratamiento especial frente al régimen de retención en alguna jurisdicción, adjuntar las constancias correspondientes.

Observaciones:

 .....  
 .....

