

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 EventualSujeto 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.) OtroSujeto 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 retenciónSujeto 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 OtroSujeto 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:

.....
.....

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA (OBLIGATORIO)

Banco:

Sucursal:

Tipo Cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente

Nº de cuenta:

CBU (sin guiones ni barras):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA

1º Titular (como figura en el extracto):

2º Titular:

C.U.I.T. / C.U.I.L. / C.D.I. del titular de la cuenta (sin guiones ni barras).

MODO DE CHEQUE

Orden de emisión del cheque:

Lugar de pago (domicilio de recepción del valor):

FIRMA PRESTADOR / PROVEEDOR

A continuación se deberán consignar los datos de quien completa este formulario como responsable autorizado de la firma.

FIRMA

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA