



Formulario de ALTA Proveedores y Prestadores del IPSST

Nombre o Razón social

CUIT

(*) (**)

Inscripción IIBB

Domicilio Legal

Localidad

Cód Pos

Provincia

CBU para recibir pagos

Correo contacto

Tel Contacto

Para ser completado por personal del IPSST

Oficina que solicita el ALTA:

Agrupamiento:

Conceptos asociados:

Firma y aclaración del responsable

Firma y aclaración de la empresa solicitante

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, y que he confeccionado esta declaración, sin falsear ni omitir dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

(*) En caso de contar con alguna exención impositiva nacional, provincial o municipal, debe estar adjunta al presente formulario

(**) En caso de ser profesional universitario, deberá adjunta fotocopia del título correspondiente