

FORMULARIO DE ALTA PROVEEDORES Y PRESTADORES DEL IPSST

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

CUIT

(*)

Inscripción IIBB

Domicilio Legal

Localidad

CP

Provincia

CBU para recibir pagos

Correo contacto

Teléfono

OFICINA QUE SOLICITA EL ALTA

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