



C.U.I.T. N°

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

RÍO TERCERO, ...../...../.....

LEGAJO N°.....

**CAPÍTULO I**

RAZÓN – DENOMINACIÓN SOCIAL O APELLIDO Y NOMBRE			BARRIO
DOMICILIO FISCAL - CALLE	NÚMERO	PISO	DEPTO. LOCALIDAD
TELÉFONO	E-MAIL	NOMBRE DE FANTASIA	

**DESIGNACIÓN CATASTRAL**

DISTR.:.....ZONA ..... MANZ..... PARC.....

**CAPÍTULO II**

Marcar con una X lo que corresponda	1 <input type="checkbox"/> Iniciación de actividades	5 <input type="checkbox"/> Baja rubro	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="3">Fecha de inicio/modificación/cese</td></tr> <tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Fecha de inicio/modificación/cese			Día	Mes	Año			
Fecha de inicio/modificación/cese												
Día	Mes	Año										
	2 <input type="checkbox"/> Transferencia	6 <input type="checkbox"/> Alta Sucursal										
	3 <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio	7 <input type="checkbox"/> Baja Sucursal										
	4 <input type="checkbox"/> Alta Rubro	8 <input type="checkbox"/>										

LA RECEPCIÓN DE LA SIGUIENTE SOLICITUD NO IMPLICA HABILITACIÓN DE FUNCIONAMIENTO  
Debiendo cumplir con los controles adecuados según la actividad.

DIMENSIONES EN METROS CUADRADOS DEL LOCAL ..... M<sup>2</sup> DEPÓSITO..... SI/NO. M<sup>2</sup>.

**CAPÍTULO III**

Código	Baja	Alta	Rubro

**CAPÍTULO IV**

EL QUE SUSCRIBE .....CON  
DOMICILIO PARTICULAR EN CALLE ..... N°.....  
BARRIO ..... EN SU CARÁCTER  
DE .....DE LA FIRMA CITADA, AFIRMA QUE LOS DATOS  
CONSIGNADOS EN ESTA D.D.J.J. SON CORRECTOS Y QUE SE HA CONFECCIONADO  
LA MISMA, SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO  
FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

.....  
Firma del Titular/es ..... N°de Documento

**SELLO**

Acceptado a sólo efecto y  
sujeto a posterior  
verificación

CERTIFICACIÓN DE FIRMAS  
CERTIFICO que la/s firmas registrada/s al pie del presente formulario fue/ron puesta/s ante mí y pertenece/n a: .....  
..... doy fe.

**IMPORTE**

**TIMBRADO**

Firma responsable Vendedor En caso de Venta o Transferencia	N°Doc.de Identidad	Firma compradora en caso de Transferencia	N°Doc.de Identidad
--	--------------------	--	--------------------

**CAPÍTULO V**

UNIPERSONALES O SOCIOS INTEGRANTES DE LA FIRMA					
APELLIDO Y NOMBRES	DOMICILIO PARTICULAR	FECHA DE NACIMIENTO	TD	NºDE DOCUMENTO	

**CAPÍTULO V**

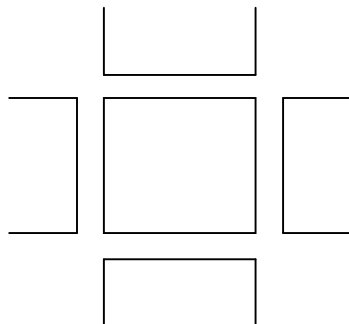
*SUCURSAL*

NÚMERO DE ORDEN	DOMICILIO FISCAL				LOCALIDAD
	CALLE	Nº	PIS O	DPT O	

DOMICILIO DE ENTREGA CEDULONES.....  
 OBSERVACIONES: .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
**INFORMANTE**  
**FIRMA Y SELLO**

UBICACIÓN: .....



**IMPORTANTE:**

Sr. Contribuyente: ocurrido el cese de su actividad debe comunicarlo dentro de los 15 (quince) días.

**INSTRUCCIONES:**

1. INICIACIÓN DE ACTIVIDADES, TRANSFERENCIAS, TRANSFORMACIÓN DE SOCIEDAD, LLENAR POR TRIPLICADO LOS CAPÍTULOS I, II, III Y IV.
2. CAMBIO DE DOMICILIO, ALTA DE RUBRO, BAJA DE RUBRO, LLENAR LOS CAPÍTULOS II, III Y IV.
3. CERTIFICACIÓN DE FIRMAS: POR ESCRIBANO PÚBLICO, BANCOS, ENTIDAD POLICIAL U ORGANISMO FISCAL.
4. EXHIBIR RESPONSABLE..

PROFESIONAL O GESTOR ACTUANTE

Nombre:.....

Domicilio:.....

Tel.:.....

M:I:Nº:.....