

ANEXO III – FORMULARIO PARA NUEVO PRESTADOR/A

IMPORTANTE: la documentación deberá ser firmada en forma ológrafa (manuscrita) únicamente. Resol. 1743/24 SSSalud.

Información General		
Nombre o Razón Social		CUIT
Teléfono fijo	Teléfono celular	Email
Contacto	Horario	

Domicilio			
Calle		N°	Piso
C. Postal	Localidad	Provincia	

Datos Impositivos / Bancarios			
Ganancias		IVA	
Inscripto		Inscripto	
Exento		Exento	
Monotributo		Monotributo	
Ingresos Brutos N°	Convenio Multilateral N°	Provincias	Días Vto. de FA
Medio de Pago Habitual		CBU	
Cheque			
Transferencia			

La Obra Social es Agente de Retención de Impuesto a las Ganancias, Seguridad Social e Ingresos Brutos Pcia. de Salta. En caso de no corresponder, marcar con una cruz y adjuntar el certificado de las siguientes opciones.

Certificado de Exclusión de Retención en el Impuesto a las Ganancias - RG 830

☐

Certificado de Exención Impuesto a las Ganancias

☐

Certificado de Exclusión Regímenes de Retención de Contribuciones Patronales

☐

Certificado de Exención de Ingresos Brutos Provincia de Salta

☐

Fecha: _____

Firma y Sello Representante Empresa: _____