

TIPO (T3)	CUIL / CUIT		FECHA DE NACIMIENTO		
	-	-			

APELLIDOS/S Y NOMBRE/S O RAZÓN SOCIAL DEL SOLICITANTE

DOMICILIO REAL

CALLE / RUTA / Km. / PARAJE / CIRCUNSCRIPCIÓN / Etc.		NÚMERO	PISO	OF. / DTO.
C.P.A.	PROVINCIA			

LOCALIDAD

NÚMERO DE TELÉFONO 1	CELULAR	INTERNS	NÚMERO DE TELÉFONO 2	CELULAR	INTERNS
0	<input type="checkbox"/>		0	<input type="checkbox"/>	

E-MAIL / PÁGINA WEB

CALLE		NÚMERO	PISO	OF. / DTO.	
C.P.A.	PROVINCIA / LOCALIDAD				
NÚMERO DE TELÉFONO 1	CELULAR	INTERNS	NÚMERO DE TELÉFONO 2	CELULAR	INTERNS
011	<input type="checkbox"/>		011	<input type="checkbox"/>	

El que suscribe, Don / Doña:

en su carácter de (1) :

afirma que en los datos consignados en esta Declaración no se ha omitido ni falseado dato alguno, siendo los mismos fiel expresión de la verdad.

(1) Titular, Presidente, Socio Gerente, Apoderado, Gerente u otro responsable.

 FIRMA DEL SOLICITANTE