

Nº PROVEEDOR:

A DTO. LIQUIDACIONES O.S.U.N.R.

FORMULARIO DE ALTA DE PRESTADORES DE PRESTACIONES ESPECIALES

RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

Nº INGRESOS BRUTOS:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: C.P.:

TELÉFONO DE CONTACTO:

NOMBRE PERSONA DE CONTACTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

ACTIVIDAD:

.....

Firma y sello