SOLICITUD DE ALTA/MODIFICACIÓN EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES

Proveedor Nro:……………………………………………………

Lugar y Fecha:……………………………………………………..

# Sr. Jefe de Compras

**Municipalidad de General Pinto**

**S / D**

El que suscribe en mi carácter de

……………………………………………………………… de solicito el ALTA / la

MODIFICACION (\*) de mi inscripción en el Registro de Proveedores, a cuyos efectos informo lo siguiente y acompaño la documentación que en cada caso se indica:

Razón Social:…….………………………………………………………………………………………..…………………………………………………….

Tipo de Proveedor: General / Consultor (1) / Contratista (2)(\*)………………….……………………………………………………….

Nombre de fantasía: ……………………..……………………………………………………………………………………………………………………

Tipo de Sociedad: ……..………………………………………………………………………………………………………………………………………..

C.U.I.T.:…………………………………………………………………… N° de habilitación municipal:………..………………………………….

Situación AFIP:………………………………………………………... N° de Ingresos Brutos:……………………..………………………………

Domicilio Postal:…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………….

Domicilio Legal:…………..……………………………………………….……………………….…………………………………………………………….

Teléfonos:…………………………………………………………………… Celular:…………………………………………………………………………

Fax:………………………………………………………….. E-mail:……………………………………………………………………………………………..

Rubros:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Actividades Impositivas: Ganancias:…………………………………………………………………………………………………………………….

Ingresos Brutos:……………………………………………………………………………………………………………

I.V.A:…………………………………………………………………………………………………………………………….

(1) Especialidad:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

Detalle de Trabajos Realizados…………………………………………………………………………………............................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(2) Capital Declarado:……………………………………………… Cantidad de Personal Permanente:………….……………………..

Constancia de banco:…………………………………………….................................................................................................

Especialidad:………………………………………………………….. Fecha de constitución de la empresa:………..……………………..

Detalles de trabajos realizados:…………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ante cualquier cambio societario se deberá informar a esta Dirección.

Caso contrario se procederá a su correspondiente desafectación del Registro de Proveedores de este Municipio.

(#) Para uso exclusivo de la Oficina de Compras. (\*) Tachar lo que no corresponda. Firma del Solicitante



**SOLICITUD DE ALTA EN EL REGISTRO DE BENEFICIARIOS Y PODERES**

**Beneficiario Nro.** (a)

Lugar y fecha.......................................................

Señor: Tesorero de la Municipalidad de General Pinto

S / D

El(los) que suscribe(n) ................................................................................................................................. en mi(nuestro)

carácter de .................................................de....................................................................... solicito(amos) el(la) ALTA /

MODIFICACION (b) de mi(nuestra) inscripción en el Registro de Beneficiarios y Poderes, a cuyos efectos informo(amos) lo siguiente y acompaño(amos) la documentación que en cada caso se indica:

Razón Social: ..........................................................................................................................................................................

Domicilio: ..............................................................................................................................................................................

Poder otorgado por instrumento PRIVADO / PUBLICO (b), acompaño(amos) copia autenticada SI / NO (b). Acta de ASAMBLEA / DIRECTORIO (b) de designación de autoridades de fecha: ...................acompaño(amos) copia autenticada SI / NO (b)

Datos correspondientes al representante nombrado en primer término:

CUIT / CUIL / CIE (b) Nro.......................................Se agrega F.560 SI / NO (b) DNI / LE / LC (b) Nro.........................CI Nro......................................Pol...................

Si es extranjero: Pasaporte Nro.................Doc. Extranjero Tipo...........Nro. País

otorgante: .................................................................

Datos correspondientes al representante nombrado en segundo término: CUIT / CUIL / CIE (b) Nro.......................................Se agrega F.560 SI / NO (b)

DNI / LE / LC (b) Nro.........................CI Nro.......................................Pol..................

Si es extranjero: Pasaporte Nro.................Doc. Extranjero Tipo...........Nro...........País otorgante: …….

……………………………………………

**CBU…………………………………………………………………………………….…………...**

**TELEFONO…………….…………EMAIL…………………………….………………………….**

Firma del solicitante Firma del segundo solicitante.

**Personas Autorizados a Retirar Valores:**

Apellido y Nombre:

D.N.I.: FIRMA

(a) Para uso exclusivo de la Tesorería. Gral. de la Municipalidad; (b) Tachar lo que no corresponda.

FIRMA DEL AUTORIZANTE