OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

Formulario Nro. 09 – Alta de proveedores

ALTA DE PROVEEDORES

DATOS INSTITUCIONALES

Razón social: _____

Domicilio

Calle_____ N°_____ Piso_____Dpto_____

Localidad_____

CP:_____ Provincia: _____

Teléfono:_____

Dirección de correo electrónico: _____

N° de inscripción en la SSSalud: _____

DATOS IMPOSITIVOS

CUIT:_____

Razón social:_____

Condición respecto del IVA: ☐ Exento ☐ Inscripto ☐ Monotributo

Condición respecto de Ganancias: ☐ Exento ☐ No exento

Condición respecto a Ingresos Brutos: ☐ Local ☐ Convenio multilateral

☐ Régimen simplificado ☐ Exento

N° de Inscripción en Ingresos Brutos:

(*) En caso de poseer exenciones adjuntar documentación respaldatoria.

Médico: ☐ No ☐ Si Matric. N°_____ Matriculado en: ☐ Bs As ☐ Otra

Tipo de Prestación: ☐ Turismo ☐ Centro médico ☐ Otro ☐ Discapacidad

Especificar _____

DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE PAGOS / TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA*

Denominación de la cuenta:_____

CUIT del titular de la cuenta:_____

Cheque a nombre de:_____

Banco con el que opera:_____

N° de Sucursal del Banco:_____

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta Corriente ☐ Caja de Ahorro

N° de Cuenta:_____

CBU de la Cuenta:_____

E-mail institucional para avisos de pagos:_____

*Adjuntar constancia de CBU

_____ _____

Firma Aclaración

*Favor de completar todos los datos. Ante cualquier consulta,
altaproveedores@osdepym.com.ar

ÁREA DISCAPACIDAD.
E-mail: discapacidad@osdepym.com.ar