

ANEXO II

BENEFICIARIOS DE PAGOS SOLICITUD DE ALTA / MODIFICACION / REACTIVACION

FECHA/...../.....

OPERACIÓN ALTA **NO COMP** RECTIAVACION **NO** MODIFICACIÓN **NO**

ENTE BANCO **NO** BENEFICIARIO **NO** CLIENTE **NO**

IDENTIFICACION DEL ENTE

DOCUMENTO TIPO **NO COMPLETAR** NRO DEL ENTE **XXXXXX**
 NÚMERO DNI

CUIT IDENTIFICACION TIPO **XXXXXX**

NÚMERO

DENOMINACION PRUEBA S.A.

DOMICILIO **XXXXXX**

CODIGO POSTAL **XXXXXX**

LOCALIDAD **XXXXXX**

XXXX PROVINCIA PAIS

SEGÚN AFIP

ACTIVIDAD ECONÓMICA

SITUACION IMPOSITIVA DEL ENTE (SEGÚN CORRESPONDA)

IMPUESTO	Inscripto	No inscripto	Exento	No Resp.	No Resp c/Ret	Resp Monotributo	No categorizado
GANANCIAS	XXX						
I.V.A.	XXX						

*Solo para UTE y sociedades de hecho, los cuales deberán adjuntar tantos formularios como integrantes de la sociedad o UTE la integren

"No será responsabilidad del Tesoro Nacional cualquier demora en el depósito de los fondos por su parte, derivada de modificaciones a los datos oportunamente suministrados, no informada en tiempo y forma."

E/(os) que suscriben (1)**XXXX**.....en mi (nuestro) carácter de **XXX**
 Solicito(amos) el**NO COMPLETAR**a efectos de lo cual adjunto(amos) la siguiente documentación.

.....
 FIRMA DEL(LOS) SOLICITANTE(S)

TEL.**XXXXX**.....

FAX.....**XXXX**.....

E.MAILXXXX.....