

Ficha del Prestador de Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión Fecha

Datos del Prestador

Apellido y Nombre / Razón Social

Tipo y N° Documento CUIT N° N° Acreedor

Sexo/Género Fecha de Nacimiento País de Nacimiento

Nacionalidad Otras nacionalidades País de emisión del Documento

Domicilio particular Calle N° Torre Piso Dpto.

Barrio C.P. Localidad/Provincia

Tipo de teléfono N°

Dirección de correo electrónico

Rubro (marcar con una X lo que corresponda)

Profesional Centro Transporte Escuela Hogar Instituto

Datos Bancarios

CBU N° Tipo de cuenta

N° de Cuenta Banco

Datos Profesionales / Formación

Título/ Formación Especialidad

Fecha de graduación N° Matrícula Fecha de vencimiento

Domicilio de atención

Teléfono del consultorio o Institución

Condición frente a IVA

Responsable inscripto Inscripto Monotributo Exento

Exención Ingresos Brutos

Si No En caso afirmativo, deberá adjuntar el certificado correspondiente

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

Firma y Sello Aclaración