

Formulario O21 - Programa de Discapacidad

Formulario de Datos del Prestador

Completar todos los campos del formulario. Obligatoriedad con letra de imprenta mayúscula.

Lugar de Emisión

 /

Fecha

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombres

Número de DNI

Datos del Prestador

Apellido y Nombres / Razón Social

Domicilio de Atención

Localidad

Provincia

Código Postal

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

CUIT

Condición Frente al IVA

Impuesto a IIBB N°

CBU

Importante:

La cuenta bancaria debe pertenecer al profesional que brinde la prestación y facture.

Para CUIT, IIBB y CBU deberá adjuntar las constancias correspondientes.

En caso de que exista alguna modificación en los datos aquí consignados, deberá remitir una planilla nueva con los datos actualizados.

Firma y Sello del Prestador

Aclaración