



DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y SUMINISTROS:

REGISTRO DE PROVEEDORES

CUIT: _____

APELLIDO Y NOMBRE O DENOMINACION DE LA ENTIDAD:

DIRECCION: _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

TELEFO FIJO: _____ TELEFON OCELULAR: _____ C.P _____

MAIL: _____

ACTIVIDAD

<u>CODIGO</u> <u>ATP/AFIP</u>	<u>DESCRIPCION</u>	<u>CODIGO</u>	<u>RAMOS O ACTIVIDAD</u>

El/ la que Suscribe:

En su Carácter:

De esta entidad, declara bajo juramento que los datos consignados en esta solicitud, son correctos y se compromete a comunicar cualquier modificación a los mismos a este Municipio.

FIRMA Y ACLARACION