



SERVICIO INTEGRADO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

TESORERIA

SOLICITUD DE ALTA / MODIFICACIÓN EN EL REGISTRO DE BENEFICIARIOS Y PODERES

BENEFICIARIO NRO.

LUGAR

FECHA

Sr Tesorero

Servicio Integrado de Emergencias Prehospitalarias

Cr. Christian Dumondin

S / D

- 1 El (los) que suscriben.....
- 2 en mi (nuestro) carácter de.....
- 3 de (persona física, jurídica)
- 4 solicito (amos) el (la) ALTA / MODIFICACION de mi (nuestra) inscripción en el REGISTRO DE BENEFICIARIOS Y PODERES, a cuyos efectos informo (amos) lo siguiente y acompaño (amos) la documentación que en cada caso se indica:
- 5 Razón Social.....
- 6 Domicilio real.....
- 7 Domicilio fiscal (s/ form. 560 DGI).....
- 8 Poder otorgado por Instrumento PRIVADO/PÚBLICO acompaño (amos) copia autenticada SI / NO.
- 9 Acta de ASAMBLEA/DIRECTORIO de designación de autoridades de fecha..... Acompaño (amos) copia autenticada SI/ NO.

Firma y aclaración del solicitante

Teléfono Contacto:	<input type="text"/>
Dirección email:	<input type="text"/>

NOTA: pto.2: el carácter ha de ser acreditado mediante contrato, acta, poder, etc.)