Medifé
COBERTURA MÉDICA NACIONAL

FORMULARIO DE ALTA

SUCURSAL:

Nombre y Apellido o Razón Social:	
Proveedor:	
Nro. de CUIT:	
Nro. Ingresos Brutos:	
Condición frente al IVA:	
Condición frente a Imp. a las Ganancias:	
Condición frente a los Ingresos Brutos:	
Categorías para retenciones:	
Dirección:	
Código Postal:	
Teléfono:	
Orden del cheque:	

Cuenta Contable:

GR1

GR2

GR3

NG1

NG2

NG3

IN1

IN2

Nro. De GACI Ent. 33869

El formulario deberá estar firmado por el responsable de la sucursal solicitante