

Municipalidad de El Trébol
Secretaría de Coordinación y Logística

Empadronamiento de Proveedores – Inscripción o modificación

Proveedor N°: _____

Fecha de empadronamiento: ___/___/___

Fecha de caducidad: ___/___/___

1 - Rubros:

Principal (nomenclador AFIP o DGBQ, según sea el caso)

Código _____ Descripción _____

Secundarios (nomenclador AFIP o DGBQ, según sea el caso)

Código _____ Descripción _____

Código _____ Descripción _____

Código _____ Descripción _____

Código _____ Descripción _____

Código _____ Descripción _____

2 - Razón Social / Denominación y/o titular: _____

3 - E-mail: _____

4 - Domicilio Comercial:

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto/Ofic.: _____ Tel.: _____

Cód.Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

5 - Domicilio legal:

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto/Ofic.: _____ Tel.: _____

Cód.Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

6 - Domicilio fijado en la ciudad de El Trébol:

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto/Ofic.: _____ Tel.: _____

Cód.Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

7 - Tipo de Sociedad: _____

Duración: _____ Capital social: _____

Registro público de Comercio: Tomo: _____ Folio: _____ Número: _____ Fecha: _____



8 - Integrantes y/o responsables de la sociedad:

	Integrante 1	Integrante 2	Integrante 3
NOMBRE			
CARGO			
DOCUMENTO			
DOMICILIO PART.			
ACTA ASIG. N°			
FECHA			

9 - Apoderado:

Apellido y nombres _____ Tipo y n° Doc.: _____
 Domicilio: _____
 Lugar y fecha: _____ N° de escrito: _____

10 - Datos Impositivos:

N° CUIT _____ A nombre de: _____

(Tachar lo que no corresponda)

I.V.A. Inscripto **SI** ----- **NO** Desde: _____
 Monotributo **SI** ----- **NO** Desde: _____
 Imp. A la Ganancias **Gravado** --- **Exento** Desde: _____
 Empleador **SI** ----- **NO** Cantidad de empleados: _____ Desde: _____
 Autónomos **SI** ----- **NO** Categoría: _____ Desde: _____
 Ingresos Brutos **Gravado** --- **Exento** N° de inscripción: _____ Desde: _____
 Convenio Multilateral **SI** ----- **NO** N° de inscripción: _____ Desde: _____
 N° de habilitación municipal: _____ N° de cuenta D:R:e.I.: _____
 Fecha de habilitación: _____ Caducidad de habilitación: _____
 Actividad o Rubros habilitado/s (Sg. A.F.I.P.): _____
 Sucursal: **SI** **NO** N° de Habilitación: _____
 Caducidad habilitación: _____ N° cta. D.R.e.I.: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Cód. Postal: _____ Email: _____



11 - Datos Bancarios:

Banco: _____ N° Sucursal : _____

Cuenta: _____ N°: _____ C.U.I.T.: _____ C.B.U.: _____

Observaciones:

Todo proveedor puede adjuntar lista de precios y ofertas de los productos o servicios que ofrece.

En caso de encontrarse inscripto en Bromatología dede adjuntar fotocopia de:

- R.N.E. (para Comercio y Transporte)
- R.N.P.A.
- Libreta Sanitaria (del Titular y empleados)

En caso de estar **EXENTO** en algunos de los impuestos aludidos deberá adjuntar el comprobante firmado por el organismo oficial o de aplicación.

Los datos consignados en el presente formulario son exactos y revisten el carácter de **DECLARACIÓN JURADA** comprometiéndose la firma a comunicar de inmediato toda alteración que sufrieren los mismos.

- Los presentes datos son válidos hasta la caducidad del Certificado de Habilitación -

Firma y sello o aclaración

Tipo y N° de documento

