

INSCRIPCIÓN N°

--	--	--	--	--	--

CAPITULO I - DATOS DEL CONTRIBUYENTE							
IDENTIFICACION							
Apellido y Nombre / Denominación Social							
DOMICILIO COMERCIAL							
Calle					N°		
Piso	Oficina / Local		Cód. Postal	Localidad			
DOMICILIO FISCAL							
Calle					N°		
Piso	Oficina / Local		Cód. Postal	Localidad			
DATOS IMPOSITIVOS NACIONALES							
N° de CUIT			Situación en AFIP (*) <input type="radio"/> Resp. Inscripto <input type="radio"/> Monotributo <input type="radio"/> Exento				
DATOS IMPOSITIVOS PROVINCIALES							
N° de Inscripción			Situación en DGR (*) <input type="radio"/> Contrib. Local <input type="radio"/> Convenio Multilateral <input type="radio"/> Exento				
CARACTER DEL CONTRIBUYENTE (*)							
<input type="radio"/> Unipersonal	<input type="radio"/> Sociedad de Resp. Limitada		<input type="radio"/> de Capital e Industria				
<input type="radio"/> Sociedad de Hecho	<input type="radio"/> Sociedad Anónima		<input type="radio"/> en Participación				
<input type="radio"/> Sociedad Colectiva	<input type="radio"/> en Comadita por Acciones		<input type="radio"/> Cooperativa				
<input type="radio"/> Otras .....							
INMUEBLE (*)							
<input type="radio"/> Local Propio (1)	<input type="radio"/> Local Alquilado (2)		<input type="radio"/> Otros (3) .....				
CAPITULO II - TRAMITE SOLICITADO (**)							
<input type="radio"/> Inicio de Actividades	___/___/___		<input type="radio"/> Alta de Rubro	___/___/___			
<input type="radio"/> Inicio por Transferencia	___/___/___		<input type="radio"/> Baja de Rubro	___/___/___			
<input type="radio"/> Cambio Domicilio Comercial	___/___/___		<input type="radio"/> Cambio Denom. Social	___/___/___			
<input type="radio"/> Cambio Domicilio Fiscal	___/___/___		<input type="radio"/> Modif. de Responsables	___/___/___			
<input type="radio"/> Otros .....	___/___/___						
N° de Inscripción Casa Central (consignar en caso de dar de alta una sucursal) _____							
CAPITULO III - ACTIVIDADES							
Código de Actividad					Alta	Baja	Descripción del Rubro
<input type="radio"/> <b>CARTELERIA</b> - Art. 11° inc. s) de la Ordenanza Tarifaria vigente							

(\*) Marcar el casillero correspondiente / (\*\*) Marcar el casillero correspondiente y consignar fecha.  
 (1) Acompañar fotocopia de servicios públicos del local comercial.  
 (2) Acompañar fotocopia y original del contrato de locación.  
 (3) Especificar.

**CAPITULO IV - TITULAR/ES O SOCIOS INTEGRANTES (\*)**

①	Nombre y Apellido	
	Nº de Documento	Cargo que desempeña
	Domicilio Part. y Localidad	
	Cónyuge	Nº de Doc.
	Dom. Part. y Localidad del Cónyuge	

②	Nombre y Apellido	
	Nº de Documento	Cargo que desempeña
	Domicilio Part. y Localidad	
	Cónyuge	Nº de Doc.
	Dom. Part. y Localidad del Cónyuge	

③	Nombre y Apellido	
	Nº de Documento	Cargo que desempeña
	Domicilio Part. y Localidad	
	Cónyuge	Nº de Doc.
	Dom. Part. y Localidad del Cónyuge	

**CAPITULO V - TIPO DE CONTRIBUYENTE**

<b>UBICACION DEL COMERCIO</b>		<b>N</b>	
	<b>O</b>		<b>E</b>
		<b>S</b>	

**IMPORTANTE**

**Sr. Contribuyente:**

- ❖ Ocurrido el cese de actividad debe comunicarlo dentro de los 15 (quince) días.
- ❖ Ud. deberá informarse de la **HABILITACION** en la División de Control Alimentario y Habilitación de Comercio de la Municipalidad de la Ciudad de San Francisco.
- ❖ **La recepción de la presente comunicación no implica autorización del funcionamiento.**

El/los que suscribe/n afirman que los datos consignados en esta DD.JJ. son correctos y completos; y que se ha confeccionado la misma sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.-

**FIRMA/S TITULAR/ES Ó VENDEDOR/ES**

**FIRMA/S COMPRADOR/ES**

.....  
 ACLARACION \_\_\_\_\_ ACLARACION \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 D.N.I. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CARACTER \_\_\_\_\_ CARACTER \_\_\_\_\_

.....  
 ACLARACION \_\_\_\_\_ ACLARACION \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 D.N.I. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CARACTER \_\_\_\_\_ CARACTER \_\_\_\_\_

**ESPACIO RESERVADO PARA CERTIFICACION DE FIRMA**

**SELLO/S** - Aceptado a solo efecto formal y sujeto a posterior verificación

**PROFESIONAL / GESTOR ACTUANTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

1. Llenar por triplicado los capítulos I, II, III, IV, V.
2. Certificación de Firmas por Escribano Público, Bancos, Entidades Policiales u Organismo Fiscal.

(\*) Si resultaran insuficientes los renglones, continuar en hoja anexa con iguales datos.