

Triplicado

MUNICIPALIDAD DE GUALEGUAYCHÚ
DIRECCIÓN DE RENTAS

EMPADRONAMIENTO DE CONTRIBUYENTES
TASA POR INSPECCIÓN SANITARIA, HIGIENE,
PROFILAXIS Y SEGURIDAD

FORMULARIO: DRM 008 (Cambio de Razón Social)

CONTRIBUYENTE ANTERIOR:

Denominación	Inscripción	Carpeta	Fecha de Cierre

DOMICILIO COMERCIAL:

Calle	Nº	Piso	Local	Manz	Parc.	TGI	OSM

DOMICILIO FISCAL:

Calle	Nº	Piso	Local	Ciudad

ACTIVIDAD:

Actividad principal	Código	Sup. afectada

CONTRIBUYENTE NUEVO:

Denominación	Inscripción	Carpeta	Fecha de Inicio

DOMICILIO COMERCIAL:

Calle	Nº	Piso	Local	Manz	Parc.	TGI	OSM

DOMICILIO FISCAL:

Calle	Nº	Piso	Local	Ciudad

ACTIVIDADES:

Actividad principal	Código	Sup. afectada

Actividades secundarias	Código	Sup. afectada

ESTUDIO CONTABLE AUTORIZADO

Nº	Nombre	Domicilio	Teléfono

El que suscribe _____ DNI/LE/LC N° _____ en mi carácter de _____ afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que la declaración se ha confeccionado sin omitir ni falsear datos alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Gualeguaychú _____ de _____ de 20____.-

Firma y sello

Certifico que las firmas pertenecen al Sr/Sra.....
Doc...N°.....