



Hospital
Ramón Santamarina

SOLICITUD DE ALTA / MODIFICACION EN EL REGISTRO DE PROVEEDORES

Proveedor Nro (#)

Lugar y fecha.....

Sr. Jefe de Compras

Hospital Ramón Santamarina

S / D

El que suscribe en mi carácter de

solicito el ALTA \ la MODIFICACION (*) de mi inscripción en el Registro de Proveedores, a cuyos efectos informo lo siguiente y acompaño la documentación que en cada caso se indica:

Razón Social:.....

Tipo de Proveedor: General / Consultor (1) / Contratista (2) (*).....

Nombre de fantasía:.....

Tipo de Sociedad:

C.U.I.T.:..... Nro.Habilitación Municipal:

Situación AFIP:..... Nro. de Ingresos Brutos:

Domicilio Postal:.....

Domicilio Legal:.....

Teléfonos:..... Celular:.....

Fax:..... E-mail:.....

Rubros:.....

Actividades Impositivas: Ganancias:.....

Ingresos Brutos:.....

I.V.A.:.....

(1) Especialidad:.....

Detalle de Trabajos Realizados:.....

(2) Capital Declarado:..... Cantidad de Personal Permanente:.....

Constancia de Banco:.....

Especialidad:..... Fecha de Constitución de la Empresa:...../...../.....

Detalle de Trabajos Realizados:.....

Ante cualquier cambio societario se deberá informar a esta Dirección.

Caso contrario se procederá a su correspondiente desafectación del Registro de Proveedores de este Municipio.

(#) Para uso exclusivo de la Oficina de Compras.

(*) Tachar lo que no corresponda.

Firma del Solicitante