## MUNICIPALIDAD DE GÁLVEZ

## SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN MUNICIPAL

Resolución Nº: 3962/04

Solicitud de:

Fecha de Iniciación:	Contribuyente Nº: REPLO Nº:
RUBRO 1: CONTRIBUYENTE	
Apellido y Nombre:	
RUBRO 2: DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD	
DOMICILIO REAL:	
DOMICILIO FISCAL:	
RUBRO 3: DATOS DE LA ACTIVIDAD	
Actividad Explotada:	
RUBRO 4: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Tipo de Sociedad:	
Inscripción AFIP: CUIT Nº:	
Inscripción API: Nº:	
datos consignados son correctos y completos.  Domicilio Particular: Localidad  Correo:  Estudio contable:	u carácter de declara que los CP : Teléfono:
Lugar y Fecha:	
Firma Titular: Aclaración:	
RUBRO 5: CESE DE LA ACTIVIDAD	
Cumplo en informar el cierre de mi actividad desde Fecha:	
Lugar y Fecha: Firma Titular:	
Aclaración:	