

MUNICIPALIDAD DE GÁLVEZ

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN MUNICIPAL

Resolución N°: 3962/04

Solicitud de:

Fecha de Iniciación:	Contribuyente N°: REPLO N°:
<u>RUBRO 1: CONTRIBUYENTE</u>	
Apellido y Nombre:	
<u>RUBRO 2: DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD</u>	
DOMICILIO REAL: DOMICILIO FISCAL:	
<u>RUBRO 3: DATOS DE LA ACTIVIDAD</u>	
Actividad Explotada:	
<u>RUBRO 4: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</u>	
Tipo de Sociedad: Inscripción AFIP: CUIT N°: Inscripción API: N°: El que suscribe Documento N° en su carácter de declara que los datos consignados son correctos y completos. Domicilio Particular: Localidad CP : Teléfono: Correo: Estudio contable: Lugar y Fecha:	
Firma Titular: Aclaración:	
<u>RUBRO 5: CESE DE LA ACTIVIDAD</u>	
Cumpló en informar el cierre de mi actividad desde Fecha: Lugar y Fecha: Firma Titular: Aclaración:	