

Solicitud de Alta / Actualización de Datos

DOCUMENTACION REQUERIDA

Para el alta o modificación de datos, se debe enviar un mail a la casilla de correo altadeproveedor@experta.com.ar, con el presente formulario, y la siguiente documentación;

- 1) Constancia de Inscripción de **AFIP**
- 2) Constancia de Inscripción de **IIBB**
- 3) En caso de estar exento en algún impuesto, enviar la constancia correspondiente o indicar ley y artículo de exclusión del impuesto.
- 4) Extracto bancario

DATOS DEL PROVEEDOR

TIPO: Proveedor: ☐ Productor: ☐ Prestador Medico: ☐

Apellidos y Nombres: _____

Denominación Social: _____

Documento de Identidad (Tipo y N°): _____ Nombre de Fantasía: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

CP: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

Abogado	<input type="checkbox"/>	Kinesiólogo	<input type="checkbox"/>	Proveedor Adm.	<input type="checkbox"/>	Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>
Alquileres	<input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Radiólogo	<input type="checkbox"/>	Prestador medico	<input type="checkbox"/>
Ambulancias	<input type="checkbox"/>	Mecánico	<input type="checkbox"/>	Reasegurador	<input type="checkbox"/>	Prevención	<input type="checkbox"/>
Anestesiólogo	<input type="checkbox"/>	Medicina Laboral	<input type="checkbox"/>	Recalificación Laboral	<input type="checkbox"/>	Traumatólogo	<input type="checkbox"/>
Banco	<input type="checkbox"/>	Medico	<input type="checkbox"/>	Remis	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>
Call Center	<input type="checkbox"/>	Odontólogo	<input type="checkbox"/>	Sanatorio	<input type="checkbox"/>	
Centro Diagnostico	<input type="checkbox"/>	Ópticas	<input type="checkbox"/>	Servicio Fúnebre	<input type="checkbox"/>		
Clínica	<input type="checkbox"/>	Organismo Oficial	<input type="checkbox"/>	Sistemas	<input type="checkbox"/>		
Donaciones	<input type="checkbox"/>	Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Terapista	<input type="checkbox"/>		
Hospital	<input type="checkbox"/>	Productor	<input type="checkbox"/>	Farmacia	<input type="checkbox"/>		

INFORMACION IMPOSITIVA

Persona Física: ☐

Persona Jurídica: ☐

C.U.I.T.: _____

Posición frente al I.V.A.:

Inscripto: ☐ No Categorizado: ☐ Monotributista: ☐ Exento: ☐ Empresa Unipersonal: ☐

Posición frente al Impuesto a las Ganancias:

Inscripto: Alquileres: ☐ Compra de Bienes: ☐ Factura M: ☐ Honorarios: ☐ Servicios: ☐

Monotributo: Compra de Bienes: ☐ Servicios: ☐

Exento: ☐

Se encuentre dentro de estos regímenes? Agente de Retención: ☐ Agente de Percepción: ☐

Posición frente al Impuesto a los Ingresos Brutos:

Número de Ingresos Brutos: _____

Contribuyente Local: ☐

Convenio Multilateral: ☐

Exento: ☐

Se encuentre dentro de estos regímenes? Agente de Retención: ☐ Agente de Percepción: ☐

Atenuación de Alícuota: %

Exención Parcial: desde:..... hasta:.....