

 CORRIENTES Ministerio de Hacienda y Finanzas Dirección General de Rentas  Asistencia al Contribuyente Recaudación Fiscalización Gestión de Deuda.  GESTIÓN DE LA CALIDAD Sistema de Gestión de la Calidad Certificado por IRAM Norma ISO 9001:2015 R.L. 9000-3211		FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA AGENTES DE RETENCIÓN IMPUESTO DE SELLOS
	Sello y firma de Recepción	Form. 10.001

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre o Denominación / Razón Social																					
Número de CUIT	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				

Domicilio Fiscal	Calle y Nº										
	Depto/Casa		Piso		Manzana		Sector		Monoblock		
	Barrio:										
	Localidad:						Código Postal:				
	Departamento:						Provincia:				
	Teléfonos:						Fax:				
	Dirección de Correo Electrónico:										

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD DEL SOLICITANTE(1)

Escribano Público	<input type="checkbox"/>	Otras entidades Financieras	<input type="checkbox"/>	Otros Agentes de retención	<input type="checkbox"/>
Entidad Bancaria (Ley 21.525)	<input type="checkbox"/>	Compañías de Seguro	<input type="checkbox"/>		

Actividades Principal y Secundarias	Fecha de Inicio (DD / MM / AA)	Código									
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>						

DOCUMENTACION ADJUNTA (1)

Constancia de CUIT/CUIL	<input type="checkbox"/>	Estatuto Social Legalizado	<input type="checkbox"/>
Constancia del Colegio de Escribano de la Provincia de Corrientes	<input type="checkbox"/>	Fotocopia CM 01 Legalizado	<input type="checkbox"/>
Otros documentos (detallar)	<input type="checkbox"/>	Fotocopia Poder firmante Legalizado	<input type="checkbox"/>
* _____			
* _____			

OTRAS INSCRIPCIONES

Ingresos Brutos Directo	<input type="checkbox"/>	Exento Ingresos Brutos	<input type="checkbox"/>	Convenio Multilateral	<input type="checkbox"/>	Lugar y Fecha	
El/La que suscribe:							
En su carácter de:							
Afirma que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, y que ha sido confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.						Firma	

(1) - Marcar con una X el recuadro que corresponda

CONSULTE SOBRE ESTE TRAMITE, llamando gratuitamente a nuestra MESA DE AYUDA, a los teléfonos **0800-555-7376** (Pcia. de Corrientes) o **0810-555-7376** (resto del país); enviando un correo electrónico a mesadeayuda@dgrcorrientes.gov.ar, o vía Facebook a nuestra Fan Page: www.facebook.com/DGRCorrientes/