



PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL/INSTITUCION(CBU)

Razón Social / Nombre y Apellido: _____

N°de C.U.I.T.: _____ IIBB: _____

BANCO: _____ Tipo de Cuenta: _____ N°de Cuenta: _____

N°de CBU: _____ (debe contar con 22 dígitos)

Alias: _____

Condición frente al valor agregado (IVA): (marcar con X según corresponda)

Responsable Inscripto	<input type="checkbox"/>	Responsable No inscripto	<input type="checkbox"/>
No Responsable	<input type="checkbox"/>	Monotributista	<input type="checkbox"/>
Exento	<input type="checkbox"/>	Consumidor Final	<input type="checkbox"/>

**Si es exento deberá adjuntar la copia de constancia de exención.*

**Si es monotributista deberá adjuntar copia de formulario de inscripción.*

Aclaraciones:

*Los pagos se realizarán exclusivamente por transferencia bancaria al CBU informado.

*Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada.

*La entrega del Recibo oficial (Recibo X), es de carácter obligatorio, deberán enviarlo a:

discapacidad02@osrja.org.ar , con un plazo máximo de 30 días desde realizada la transferencia.

*Al presente formulario se deberá adjuntar el comprobante de consulta de CBU, emitido por la Entidad Bancaria.

Firma: _____

Aclaración /Sello: _____