

MUNICIPALIDAD DE GALVEZ

SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN MUNICIPAL

Resolución Nº: 3962/04

Solicitud de:

Fecha de Iniciación:

Contribuyente Nº:

REPLO Nº:

RUBRO 1: CONTRIBUYENTE

Apellido y Nombre:

O Razón Social:

RUBRO 2: DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD

Calle y Nro:

RUBRO 3: DATOS DE LA ACTIVIDAD

Actividad Explotada:

Código de Actividad:

Reservado Municipal: Categoría:

RUBRO 4: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Tipo de Sociedad:

Inscripción AFIP: CUIT Nº:

Inscripción API: Nº:

El que suscribe _____

Documento Nº: _____

en su carácter de _____

declara que los datos consignados son correctos

y completos. Domicilio Particular:

Localidad: _____

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: