

## Ficha del Prestador de Discapacidad

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar de emisión ..... Fecha

### Datos del Prestador

Apellido y Nombre / Razón Social .....

Tipo y N° Documento  CUIT N°  N° Acreedor

Sexo/Género ..... Fecha de Nacimiento  País de Nacimiento .....

Nacionalidad ..... Otras nacionalidades ..... País de emisión del Documento .....

Domicilio particular Calle ..... N°  Torre  Piso  Dpto.

Barrio ..... C.P.  Localidad/Provincia .....

Tipo de teléfono ..... N°

Dirección de correo electrónico .....

### Rubro (marcar con una X lo que corresponda)

Profesional  Centro  Transporte  Escuela  Hogar  Instituto

### Datos Bancarios

CBU N°  Tipo de cuenta .....

N° de Cuenta  Banco .....

### Datos Profesionales / Formación

Título/ Formación ..... Especialidad .....

Fecha de graduación  N° Matrícula  Fecha de vencimiento

Domicilio de atención .....

Teléfono del consultorio o Institución

### Condición frente a IVA

Responsable inscripto  Inscripto Monotributo  Exento

### Exención Ingresos Brutos

Si  No  En caso afirmativo, deberá adjuntar el certificado correspondiente

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

Firma y Sello  Aclaración .....