

DATOS ASOCIADOS

Para ser completado por la INSTITUCION

Nombre del Establecimiento: _____
Razón Social: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Director : _____
Dirección de MAIL: _____
Asistente / Teléfono: _____
IVA: _____ C.U.I.T.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IIBB: _____
Representante ITAES: _____
Fecha: _____

Contacto administrativo contable

Nombre y Apellido: _____
Área: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

Para ser completado por el ITAES

Fecha de alta: _____ Categoría: _____