

N° Empresa   
N° Proveedor

Fecha

**Datos Generales**

Razón Social   
Nombre Comercial   
Rubro   
Nombre De Contacto  Sector   
E-mail  Telefono  Interno

**Domicilio Fiscal**

Calle   
Número  Piso  Oficina   
Localidad  Provincia  Código Postal   
Teléfono  Fax  Sitio Web

**Domicilio Postal** (Completar Solo En Caso De Ser Distinto Al Fiscal)

Calle   
Número  Piso  Oficina   
Localidad  Provincia  Código Postal   
Teléfono  Fax

**Situacion Impositiva**

CUIT  Fecha Inicio Actividad  Mes Cierre Balance   
Empleador  Integrante Sociedad

**A) Condicion Frente Al Iva**

Resp. Inscripto <input type="checkbox"/>									
Exento <input type="checkbox"/>									
Monotributo <input type="checkbox"/>									
No Categorizado <input type="checkbox"/>									
	Agente Retención Iva <input type="text"/>								
	Agente Percepción Iva <input type="text"/>								
	Gran Contribuyente <input type="checkbox"/>								

**B) Ganancias**

Inscripto <input type="checkbox"/>									
No Inscripto <input type="checkbox"/>									
Exento <input type="checkbox"/>									
	Agente Retención Gcias. <input type="text"/>								

**C) Ingresos Brutos**

Inscripto <input type="checkbox"/>	N° De Inscripción <input type="text"/>	Jurisdicción Sede <input type="text"/>
No Inscripto <input type="checkbox"/>		
Exento <input type="checkbox"/>	Local <input type="text"/>	Convenio Multilateral <input type="text"/>

En caso de marcar exento por favor completar los % y vigencia de la/s mismas

**Exención / Exclusión Retención IIBB**

Jurisdicción	%	Desde	Hasta

**Exención / Exclusión Percepción IIBB**

Jurisdicción	%	Desde	Hasta

**Agente De Retención IIBB**

Jurisdicción	Nro. De Agente

Cheque A La Orden De:

Firma

Aclaración

Datos del proveedor de prestaciones de discapacidad

Nombre ó Razón Social

CUIT del Proveedor

Datos de la cuenta bancaria donde se acreditará el pago

Razón Social de la cuenta

Alias

Tipo de cuenta      Caja de Ahorros       Cuenta Corriente       Otras

Nombre del Banco

Sucursal       Número de cuenta

CUIT Nro       CUIL Nro       CDI Nro

*(Completar la opción CUIT, CUIL CDI que corresponda al titular de la cuenta)*

CBU (Clave Bancaria Única)         /

*8 dígitos + 14 dígitos (Esta información consta en el resumen de cuenta o puede consultarla en el Banco)*

Teléfono / FAX

Correo electrónico

**Proveedor:**

1. Autorizamos expresamente a OSIM a efectuar la cancelación de las Prestaciones Médico Asistenciales mediante acreditación en la cuenta bancaria, precedentemente declarada.
2. Prestamos expresamente conformidad a que toda transferencia de fondos que efectúe OSIM a favor de la cuenta bancaria informada dentro de los términos y plazos contractuales, será válida, tendrá efectos cancelatorios y dará por extinguida íntegramente la obligación de OSIM por todo concepto hasta el monto de tal transferencia, y que los gastos ocasionados por dicha transferencia serán a cargo de este proveedor.
3. Declaramos que una vez acreditado el importe correspondiente, nada más tendrá este proveedor que reclamar de OSIM y que el comprobante de la acreditación en la cuenta bancaria informada servirá para documentar el pago por parte de OSIM, para demostrar la autenticidad y validez de los mismos.
4. Me comprometo a enviar a OSIM los recibos respaldatorios de toda transferencia efectuada por OSIM acreditada en la cuenta precedentemente, declarada dentro de un plazo de 15 días.
5. Nos comprometemos a comunicar por escrito a OSIM, dentro de las 96 horas hábiles de haber tomado conocimiento, el eventual cierre de las cuentas bancarias denunciadas o cualquier modificación respecto de las mismas, liberando a OSIM de toda responsabilidad por la demora en la realización del pago y, en su caso, a comunicar por escrito a OSIM la apertura de una nueva cuenta bancaria para continuar utilizando este servicio mediante el envío de un nuevo formulario.

--	--	--

Fecha

Firma y sello del  
Representante Legal del Proveedor

Aclaración de firma

ADJUNTAR COPIA DEL ENCABEZADO DE UN EXTRACTO BANCARIO DONDE SE VISUALICE EL CBU DECLARADO

El Banco Central de la República Argentina ha determinado el uso obligatorio de un "alias" - código alfanumérico -, de entre 6 y 20 caracteres, con la función de referenciar la cuenta bancaria mediante la utilización de un código simple, que se encontrará vinculado de forma unívoca con una CBU/Cuenta. El mismo debe gestionarse ante vuestra Entidad Bancaria, siendo obligatoria su utilización a partir del 01 de Junio 2017, conforme Comunicación "A" 6044 y 6109 del BCRA.