

DATOS DEL PROFESIONAL o INSTITUCION PRESTADORA DEL SERVICIO

(Los datos que a continuación se consignan, revisten el carácter de Declaración Jurada)

Apellido y nombre o Razón Social

Representante legal: (apellido, nombre y cargo)

Domicilio (calle, Nº, Piso y Dpto.)

C. Postal Localidad: Provincia:

Mail:

Teléfono celular Nº (.....) (.....) (.....)
Código de área 11 o 15 número telefónico

Teléfono Fijo Nº (.....) (.....)
Código de área número telefónico

DATOS DE LA CUENTA (donde se acreditará el pago de la prestación)

CUIT Nº: CBU Nº

BANCO (Adjuntar constancia bancaria de CBU)

Firma y sello del profesional:

Una vez acreditado el pago
DEBERÁ ENVIAR RECIBO CANCELATORIO a:
adminpagos@aomaosam.org.ar

- La firma de esta planilla debe ser realizada de puño y letra, **NO se aceptarán firmas pegadas.**
- La cuenta bancaria deberá pertenecer **al profesional que brinde la prestación.**
- El CBU de la cuenta **deberá estar vinculada al CUIT del profesional** que brinda la prestación de manera excluyente. **No se depositarán pagos a terceros.**
- El mail declarado debe utilizarse de manera activa, allí se notificarán todas las comunicaciones vinculadas al Programa de Discapacidad. Rogamos revisar **bandeja de no deseados** o **Spam.**