

**SOLICITUD DE CLAVE**  
**FISCAL**

NOMBRE Y APELLIDO/RAZON SOCIAL

C.U.I.T.:

(\*) NRO DE DEPENDENCIA

(\*) NOMBRE DE DEPENDENCIA

CONVENIO MULTILATERAL N°

E-MAIL

(\*) Campo obligatorio para Entidades - Organismos con igual CUIT pero con dos o mas Unidades Organizativas independientes

**Domicilio Fiscal:**

CALLE:

NRO.:

COD. POSTAL

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

Dirección de e-mail donde desea recibir la clave de acceso otorgada por la Administración Tributaria Provincial

El que Suscribe:

DNI/LE/CI

En su Caracter de:

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Lugar y Fecha

Firma:

Aclaración

Certificación de Firma: