

Nº Empresa: ..... Fecha de ingreso a OPDEA: ..... / ..... / .....

A partir de la fecha de ingreso a OPDEA, los aportes y contribuciones deberán ser derivados al código R.N.O.S. 400107

**Datos Impositivos:**

Razón Social: .....

Nº CUIT: ..... Gran Contribuyente: ..... SI / NO

Categoría de IVA: ..... Agente de Retención y/o Percepción: ..... SI / NO

Categoría de Ganancias: ..... Agente de Retención y/o Percepción: ..... SI / NO

Nº Ingresos Brutos: ..... Agente de Retención y/o Percepción: ..... SI / NO

Jurisdicción: ..... Convenio Multilateral: ..... SI / NO

Fecha de Inicio de Actividades: ..... / ..... / .....

Actividad específica de la Empresa: .....

**Domicilios:**

*Legal*

Calle: ..... Nº: ..... CP: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

*Postal*

Calle: ..... Nº: ..... CP: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Gerente de RRHH: ..... Teléfono: ..... Correo Electrónico: .....

Jefe de RRHH: ..... Teléfono: ..... Correo Electrónico: .....

Contacto Administrativo: ..... Teléfono: ..... Correo Electrónico: .....

El Domicilio legal denunciado, tiene los efectos de domicilio constituido, donde serán válidas las notificaciones que la Obra Social allí curse. Asimismo, la Empresa se compromete a notificar a la Obra Social cualquier cambio que se produzca en los datos consignados en el presente formulario dentro de los 10 días de producido

**Otros:**

Cancelación de diferencia de plan a cargo de:  Empresa  Afiliado

*ART Contratada por la Empresa*

Denominación (nombre de la sociedad): .....

Teléfono: ..... Teléfono de Guardia para Denuncias: .....

Correo Electrónico: ..... CUIT: .....

Firma y sello del Representante de la Empresa: .....