

## **INSTRUCTIVO Y FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ALTAS Y MODIFICACIONES EN EL REGISTRO DE BENEFICIARIOS Y PODERES (FORM. 33)**

### **INSTRUCTIVO**

#### **1. Nombre del formulario:**

Solicitud de alta / modificación en el Registro de Beneficiarios y Poderes.

#### **2. Objeto:**

Solicitar la inscripción de beneficiarios o de apoderados en el Registro respectivo.

#### **3. Responsabilidad:**

La responsabilidad por su correcta y oportuna formulación recae en el(los) solicitante(s) y firmante(s) del formulario, y en la Tesorería por su recepción e incorporación en el Registro respectivo.

#### **4. Confección, distribución y firma:**

Se confeccionarán en dos ejemplares con el siguiente destino:

- a) Original: suscripto por el(los) solicitante(s) con personería para ello. El mismo quedará en poder de la Tesorería. Esta, con esa base, efectuará la incorporación respectiva al Registro.
- b) Duplicado: quedará en poder de el(los) firmante(s) del formulario con la constancia de haber recibido el original por parte de la Tesorería.

#### **5. Instrucciones para el llenado del formulario:**

- (a) Nro. de beneficiario a ser otorgado por la Tesorería de Obras Sanitarias M.D.P. SE.
- (b) Tachar lo que no corresponda.
- (2) Indicar lugar y fecha en que se formula la solicitud.
- (3) Nombre(s) y apellido(s) de quien(es) efectúa(n) la presentación.
- (4) Indicar en qué carácter efectúa(n) la presentación [por ej.: apoderado(s), titular(es), etc.]
- (5) Indicar el nombre o razón social de la persona, física o jurídica, por quien se hace la presentación. La denominación que se consigne será idéntica a la que figure en el Form. 576. De no corresponderle CUIT, se indicará la denominación o el nombre y apellido que figura en la constancia de CUIL, CIE o en el D.N.I., L.E., L.C. o certificación policial si se tratase de personas físicas.
- (6) Domicilio del Beneficiario, con indicación de su Código Postal. Deberá indicarse el domicilio fiscal que surge del Form. Nro. 560. Si no correspondiese su inscripción en la DGI, se indicará el domicilio consignado en el D.N.I. o certificación policial.
- (7) Fecha de la escritura o del acta de Asamblea o de reunión de Directorio por las que se ha(n) designado apoderado(s), representante(s), etc.
- (8) Nro. de CUIT, CUIL, CIE que le corresponde al beneficiario cuya inscripción se solicita.
- (9) Nro. de D.N.I. /L.E. /L.C. del titular de la Razón Social, apoderado, representante, etc.
- (10) Nro. de CI del titular de la Razón Social, apoderado, representante, etc.
- (11) Policía que ha expedido la Cédula de Identidad indicada.
- (12) Si el titular o representante es extranjero, indicar Nro. pasaporte.
- (13) Si el documento extranjero es distinto del pasaporte, se indicará el tipo al que corresponde.
- (14) Nro. del documento distinto del pasaporte.
- (15) Indicar el país otorgante del pasaporte o documento indicado precedentemente.



**SOLICITUD DE ALTA / MODIFICACION EN EL REGISTRO DE BENEFICIARIOS Y PODERES**

MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON

**Beneficiario Nro. .... (a)**

Lugar y fecha ..... (2)

Señor Tesorero de Obras Sanitarias Mar del Plata S.E.

S / D

El(los) que suscribe(n) (3).....  
 en mi(nuestro) carácter de (4)..... de (5).....  
 solicito(amos) el(la) ALTA / MODIFICACION (b) de mi(nuestra) inscripción en el Registro de Beneficiarios y Poderes, a cuyos efectos informo(amos) lo siguiente y acompaño(amos) la documentación que en cada caso se indica:

Razón Social: (5).....

Domicilio: (6).....

Poder otorgado por instrumento PRIVADO / PUBLICO (b), acompaño(amos) copia autenticada SI / NO (b).

Acta de ASAMBLEA / DIRECTORIO (b) de designación de autoridades de fecha (7)..... acompaño(amos) copia autenticada SI / NO (b)

Datos correspondientes al representante nombrado en primer término:

CUIT / CUIL / CIE (b) Nro. (8)..... Se agrega F.560 SI / NO (b).

DNI / LE / LC (b) Nro. (9)..... CI Nro. (10)..... Pol. (11).....

Si es extranjero: Pasaporte Nro. (12)..... Doc. Extranjero Tipo

(13)..... Nro. (14)..... País otorgante(15).....

Datos correspondientes al representante nombrado en segundo término:

CUIT / CUIL / CIE (b) Nro. (8)..... Se agrega F.560 SI / NO (b)

DNI / LE / LC (b) Nro. (9)..... CI Nro. (10) ..... Pol. (11).....

Si es extranjero: Pasaporte Nro. (12)..... Doc. Extranjero Tipo

(13)..... Nro. (14)..... País otorgante(15) .....

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante\_\_\_\_\_  
Firma del segundo solicitante.

(a) Para uso exclusivo de la Tesorería de OSSE; (b) Tachar lo que no corresponda

