

INSTRUCTIVO Y FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE BAJA EN EL REGISTRO DE BENEFICIARIOS Y PODERES (FORM. 34)

INSTRUCTIVO

1. Nombre del formulario:

Solicitud de baja en el Registro de Beneficiarios y Poderes.

2. Objeto:

Solicitar la baja, del Registro de Beneficiarios y Poderes, de beneficiarios o apoderados inscriptos en el mismo.

3. Responsabilidad:

La responsabilidad por su correcta y oportuna formulación recae en el(los) beneficiario(s), apoderado(s) o representante(s), en el Banco o autoridades certificantes y en la Tesorería en cuanto a su recepción e incorporación al Registro.

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, quedará en poder de la Tesorería, la que, con esa base, efectuará las anotaciones respectivas en el 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 otorgado por la Tesorería de OSSE.
 - (b) Tachar lo que no corresponda.
-
- (2) Indicar lugar y fecha en que se formula la solicitud.
 - (3) Colocar el(los) nombre(s) y apellido(s) de quien(es) efectúa(n) la presentación.
 - (4) Indicar en qué carácter efectúa(n) la presentación [apoderado(s), titular(es), etc.]
 - (5) Indicar el nombre o razón social de la persona física o jurídica por quien se hace la presentación.
 - (6) Indicar el número de CUIT de dicha persona.
 - (7) Indicar el domicilio completo, incluyendo localidad, provincia y código postal del beneficiario.
 - (8) Indicar los motivos para que la inscripción se deje sin efecto.
 - (9) Fecha en que deberá entrar en vigor la baja del Registro.
 - (10) Indicar el número de beneficiario con que se encuentra registrado.
 - (11) Firma(s) de el(los) solicitante(s).
 - (12) Aclaración(es) de firma(s).
 - (13) Número de DNI de el(los) firmante(s).
 - (14) Certificación de firmas.

SOLICITUD DE BAJA 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).....CUIT Nro (6)..... con domicilio
en (7).....solicito(amos) ser
dado(s) de baja del REGISTRO DE BENEFICIARIOS / se tome nota que he(hemos)
dejado de ser APODERADOS (b) de la citada razón social por los motivos que
indico(amos)(8).....
.....
.....

En relación con lo expuesto informo(amos) que a la fecha NO / SI (b) existen
créditos a mi(nuestro) favor y que lo solicitado precedentemente entrará a regir a
partir del día (9)..... y que mi (nuestro) número de Beneficiario es
(10).....

_____(11) _____
Firma del solicitante Firma del segundo solicitante

Aclaración..... (12) Aclaración.....

D.N.I. Nro..... (13) D.N.I. Nro.....

CERTIFICACION DE FIRMAS: (14)

