

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 certificadoras 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).....

Firma del solicitante (11)

Firma del segundo solicitante

Aclaración..... (12)

Aclaración.....

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

D.N.I. Nro.....

CERTIFICACION DE FIRMAS: (14)

