

FORMULARIO DE AUTORIZACION GESTIONES Y ENVIO DE INFORMACION

Autorizamos a las siguientes personas y/o estudio contable cuyos datos se detallan, a realizar consultas y gestiones relacionadas con el contrato de Riesgos del Trabajo y a recibir notificaciones por parte de Asociart ART.

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

PERSONAS AUTORIZADAS

1- NOMBRE Y APELLIDO:

CARGO:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

TIPO DE COMUNICACIÓN QUE DESEA RECIBIR: SERVICIOS / GENERAL COBRANZAS LEGALES / NORMATIVA TODAS

2- NOMBRE Y APELLIDO:

CARGO:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

TIPO DE COMUNICACIÓN QUE DESEA RECIBIR: SERVICIOS / GENERAL COBRANZAS LEGALES / NORMATIVA TODAS

3- NOMBRE Y APELLIDO:

CARGO:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

TIPO DE COMUNICACIÓN QUE DESEA RECIBIR: SERVICIOS / GENERAL COBRANZAS LEGALES / NORMATIVA TODAS

ESTUDIO CONTABLE AUTORIZADO

1- NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

2- NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

.....
FIRMA DE RESPONSABLE LEGAL DEL CONTRATO REGISTRADO ANTE ASOCIART ART
o RESPONSABLE DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE IDENTIFICADO

ACLARACION Y CARGO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

Complete este formulario y envíelo por fax al **0800-888-0095** o por mail escaneado a **informacion@asociart.com.ar**