

Formulario de autorización

Gestiones y envío de información



Autorizamos a las siguientes personas y/o estudio contable cuyos datos se detallan, a realizar consultas y gestiones relacionadas con la póliza 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

ACLARACIÓN Y CARGO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

Complete este formulario y envíelo por mail escaneado a informacion@asociart.com.ar