|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONAS HUMANAS- DECLARACIÓN JURADA "A.1"** | | |
| **CUIT:** |  | |
| **Nombres:** |  | |
| **Apellidos:** |  | |
| **Fecha de Nacimiento:** |  | |
| **Nacionalidad:** |  | |
| **Estado Civil:** |  | |
|  | | |
| **Profesión/Actividad/O**  **ficio:** |  | |
| **Tipo y número de Documento:** |  | |
|  | | |
| **Domicilio especial para los procedimientos que se realicen en el ámbito del**  **HOSPITAL "CUENCA ALTA" S.A.M.I.C. - CAÑUELAS** | | |
| **Calle:** |  | |
| **Número:** |  | |
| **Piso:** |  | |
| **Departamento:** |  | |
| **Localidad:** |  | |
| **Provincia:** |  | |
|  | | |
| **Teléfono Fijo:** |  | |
| **Teléfono Celular:** |  | |
| **Código Postal:** |  | |
| **Correo Electrónico:** |  | |
| **Banco:** |  | |
|  | | |
| **Tipo y N° Cuenta:** |  | |
|  | | |
| **CBU:** |  | |
| **Documentación a presentar en Original y Fotocopia**  **Marcar con X cuando se ha adjuntado fotocopia constatado el original** | | |
| **Documento de Identidad** | |  |
| **Título o Certificado habilitante** | |  |
| **Constancia de Inscripción ante AFIP** | |  |
| **Certificado Libre Deuda Moroso Alimentario** | |  |
| **Constancia de Certificación de Firma por Banco** | |  |
|  | | |
| **Lugar y fecha:** |  | |