



**MUNICIPALIDAD
DE
COLONIA AVELLANEDA**
AREA RENTAS

**FORMULARIO DE INSCRIPCION
TASA POR INSPECCION SANITARIA
HIGIENE, PROFILAXIS Y SEGURIDAD**

FORMULARIO: DRM 003 (Cese total o parcial)

N° INSCRIPCION

RAZON SOCIAL

DOMICILIO COMERCIAL:

Calle	N°	Piso	Local	Manz.	Parc.	T.G.I.	O.S.M.

OTROS DATOS

Tipo de Cese	Fecha de Cese	Local de Cese
Total o parcial		C. Central/Sucursal

ACTIVIDAD QUE CESA

Actividad Principal	Código s/Nomenclador

Actividades Secundarias	Código s/Nomenclador

ANEXAR LIBRE DEUDA T.H.y P. A FECHA DE CESE

ESTUDIO CONTABLE AUTORIZADO:

Nombre	Domicilio	Télefono

Quien suscribe..... DNI/LE/LC N°..... en mi caracter de..... afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que la declaración se ha confeccionado sin omitir ni falsear datos algunos que deba contener siendo fiel expresión de la verdad.

Colonia Avellaneda..... de..... de 20....-

.....
Firma Contribuyente

.....
Firma Autorizado
Rentas Municipal