

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CURSO: **Código:** **Fecha:**

Datos dirección asistente:

Apellido y Nombre: Tipo y N° de Documento:

Dirección: Loc.:

Prov.: CP: Teléfono: Fax: E-mail:

Condición Fiscal:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resp.
Inscripto | <input type="checkbox"/> Resp.
Monotributo |
| <input type="checkbox"/> Exento | <input type="checkbox"/> Resp.
Monotributo
Eventual |

CUIT N°:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sujeto no
categorizado | <input type="checkbox"/> Consumidor
Final |
|--|--|

Datos dirección trabajo:

Empresa:

Actividad: (marque la actividad principal de su Empresa)

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Distribuidora
de gas | <input type="checkbox"/> Transportista
de gas | <input type="checkbox"/> Comercializad
ora | <input type="checkbox"/> Fabricante |
| <input type="checkbox"/> Consultora | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Metalúrgica | <input type="checkbox"/> Otras |

Dirección: Loc.: Prov.:

CP: Teléfono: Fax: E-mail:

Condición Fiscal:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resp.
Inscripto | <input type="checkbox"/> Reg.
Simplificado |
| <input type="checkbox"/> Exento | |

CUIT N°:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sujeto no
categorizado | <input type="checkbox"/> Consumidor
Final |
|--|--|

Experiencia profesional:

Puesto que desempeña:

Adjunto al presente, deberá enviar los formularios que acreditan condición fiscal y/o documentación de exclusión a los Regímenes Impositivos -si corresponde-.

Forma de Pago:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Efectivo | <input type="checkbox"/> Transferencia |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Cheque |
| <input type="checkbox"/> Deposito bancario | |

Por Favor, imprima esta hoja de formulario y envíelo por fax al (5411) 43091025 Casilla 1841 o, 1843 o, 1844