

Revisión 3, 06/2021

Corresponde Retención	Si	No	En caso de ser "No", aclarar motivo y adjuntar la documentación respaldatoria.
C.A.B.A.			.....
Buenos Aires			.....
La Rioja			.....
Mendoza			.....
San Luis			.....
Santa Fe			.....
Jujuy			.....
Misiones			.....
Tucumán			.....
Corrientes			.....
Entre ríos			.....

En caso de corresponder adjuntar Certificados de Retención y/o Exclusión vigentes

Se solicita adjuntar documentación adicional correspondiente al servicio a prestar. Adjuntar constancia de inscripción en el impuesto como Local o Régimen simplificado. Si es convenio: CM01- Padrón Web y último CM05

AGENTE DE RETENCIÓN

Corresponde Retención	Si	No	
IVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SUSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° de Incripción como agente en IIBB - Indicar jurisdicción
IIBB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de corresponder adjuntar Certificados de Retención y/o Exclusión vigentes.

IMPUESTO MUNICIPAL

Corresponde Retención	Si	No	Convenio	Local	Agente de retención
Córdoba	<input type="checkbox"/>				
Tucumán	<input type="checkbox"/>				

Se solicita adjuntar constancia de inscripción en el impuesto municipal o Formulario DDJJ - Solicitud de Exclusión con firma certificada

COMENTARIOS ADICIONALES

.....

DOCUMENTACIÓN SANITARIA GENERAL

 Habilitación Municipal

 Habilitación Sanitaria

 Nombramiento Director Técnico
DOCUMENTACIÓN DROGUERÍAS

 Certificado de habilitación para tránsito interjurisdiccional vigente o inicio de trámite de renovación (anmat)

 Certificado GLN

 Reempadronamiento (si es jurisdicción CABA)
DOCUMENTACIÓN DISTRIBUIDOR DE PRODUCTOS MÉDICOS/ OPERADOR LOGÍSTICO

 Certificado de autorización de funcionamiento de empresa vigente o inicio de trámite de renovación (anmat)

 Certificado GLN
DOCUMENTACIÓN LABORATORIOS

 Certificado de registro o autorización de comercialización de productos medicos y/o reactivo de diagnostico de uso in vitro

 Certificado GLN

 Certificado de buenas prácticas de fabricación vigente o inicio de trámite de renovación
ACTUALIZACIONES:
DOCUMENTACIÓN SANITARIA: LAS ACTUALIZACIONES DEBERAN SER INFORMADAS INMEDIATAMENTE DE OCURRIDAS.

CUADRO DE FIRMAS

SUIZO ARGENTINA		PROVEEDOR	
..... Firma responsable de área solicitante	Aclaración: Carácter: .....	..... Firma	Aclaración: Carácter:

N° Prov.

Sres. Suizo Argentina S.A.

Por medio del presente tengo el agrado de dirigirme a ustedes con el objeto de solicitarle que a partir del día de
de, efectúen los pagos de las facturas por la mercadería entregada y/o servicios prestados a SUIZO ARGENTINA S.A.
mediante depósito o transferencia bancaria.

A tal fin hacemos llegar nuestros datos bancarios donde deseamos nos realicen los pagos, así como las direcciones de mail donde
agradecemos nos envíen la información referida a los mismos:

Titular de cuenta

CUIT/CUIL - -

Entidad Bancaria

N° de cuenta CBU*

*Considerar que el CBU consta de 22 dígitos. Debe completarse cada cuadro con un número

Mail de cobranzas

Mail de impuestos

Mail 3

.....

Firma

Aclaración

Carácter