

Por triplicado

**MUNICIPALIDAD DE GUALEGUAYCHÚ**  
**DIRECCIÓN DE RENTAS**

**EMPADRONAMIENTO DE CONTRIBUYENTES TASA  
POR INSPECCIÓN SANITARIA, HIGIENE, PROFILAXIS Y  
SEGURIDAD**

**FORMULARIO: DRM 006**

**INSCRIPCIÓN**

**CARPETA**

**COMUNICACIÓN DEL CESE TEMPORAL** (Artículo 21º del Código Tributario Municipal Parte Especial.)

**➤ RAZÓN SOCIAL:**

**Denominación**

**➤ PERÍODO:**

**Meses**

**➤ CASA CENTRAL:**

<b>Domicilio</b>	<b>Nº</b>	<b>Última factura o documento equivalente emitido</b>

**➤ SUCURSAL:**

<b>Domicilio</b>	<b>Nº</b>	<b>Última factura o documento equivalente emitido</b>

**➤ SUCURSAL:**

<b>Domicilio</b>	<b>Nº</b>	<b>Última factura o documento equivalente emitido</b>

**➤ OBSERVACIONES:**

**➤ ESTUDIO CONTABLE AUTORIZADO**

<b>Nº</b>	<b>Nombre</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Teléfono</b>

**Importante:** Para tener este beneficio deberá abonar el pago correspondiente al último mes en actividad.

El que suscribe \_\_\_\_\_ DNI/LE/LC Nº \_\_\_\_\_ en mi carácter 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 alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.  
Guaquaychú \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_.-

\_\_\_\_\_  
Firma del contribuyente

Certrico que la firma que antecede pertenece al Sr./Sra.....

Doc.....Nº.....-

.....