



BAJA DE AUTORIZADOS

Fecha

Nombre

CUIT/CUIL

con domicilio legal en:

Calle:

Nro.

Piso

Dpto.

Cod. Postal

Localidad

Teléfono

Teléfono Celular

Correo electrónico

Solicito la Baja como autorizado al Sr/a:

DNI

Firma Responsable

Carácter:

Aclaración o sello