



BAJA DE AUTORIZADOS

Fecha

Razón Social

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 y Aclaración del Responsable

Carácter: