

Autorizamos a las siguientes personas y/o estudio contable cuyos datos se detallan, a realizar consultas y gestiones relacionadas con la póliza de Riesgos del Trabajo y a recibir notificaciones por parte de Asociart ART.

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

PERSONAS AUTORIZADAS

1- NOMBRE Y APELLIDO:

CARGO:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

TIPO DE COMUNICACIÓN QUE DESEA RECIBIR: SERVICIOS / GENERAL COBRANZAS LEGALES / NORMATIVA TODAS **2-** NOMBRE Y APELLIDO:

CARGO:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

TIPO DE COMUNICACIÓN QUE DESEA RECIBIR: SERVICIOS / GENERAL COBRANZAS LEGALES / NORMATIVA TODAS **3-** NOMBRE Y APELLIDO:

CARGO:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

TIPO DE COMUNICACIÓN QUE DESEA RECIBIR: SERVICIOS / GENERAL COBRANZAS LEGALES / NORMATIVA TODAS ESTUDIO CONTABLE AUTORIZADO

1- NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

2- NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

MAIL:

TELÉFONO:

INTERNO:

FIRMA DE RESPONSABLE LEGAL DEL CONTRATO REGISTRADO ANTE ASOCIART ART
o RESPONSABLE DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE IDENTIFICADO

ACLARACIÓN Y CARGO

TIPO Y N° DE DOCUMENTOComplete este formulario y envíelo por mail escaneado a informacion@asociart.com.ar