

|                                                                                                                                                                                                             |                   |                            |                             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                                                                                                             |                   | FORMULARIO ALTA DE CLIENTE |                             | N°          |
| DATOS DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                         |                   |                            |                             |             |
| Denominación/Razón Social:                                                                                                                                                                                  |                   |                            |                             |             |
| Domicilio:                                                                                                                                                                                                  |                   |                            |                             |             |
| Código Postal:                                                                                                                                                                                              |                   | Provincia:                 |                             | País:       |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                   |                   |                            | Website:                    |             |
| SITUACION IMPOSITIVA                                                                                                                                                                                        |                   |                            |                             |             |
| CUIT:                                                                                                                                                                                                       |                   |                            |                             |             |
| IVA (marcar con una cruz lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Responsable Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/> Consumidor Final <input type="checkbox"/> Exento |                   |                            |                             |             |
| Ingresos Brutos:                                                                                                                                                                                            |                   | Número de Inscripción:     |                             |             |
| <input type="checkbox"/> Contribuyente Local                                                                                                                                                                |                   |                            |                             |             |
| <input type="checkbox"/> Convenio Multilateral                                                                                                                                                              |                   |                            |                             |             |
| <input type="checkbox"/> Exento                                                                                                                                                                             |                   |                            |                             |             |
| (Adjuntar constancias de inscripción y en caso de corresponder, de exención)                                                                                                                                |                   |                            |                             |             |
| PERSONAS DE CONTACTO                                                                                                                                                                                        |                   |                            |                             |             |
| Nombre y Apellido:                                                                                                                                                                                          |                   |                            |                             |             |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                   |                   | Email:                     |                             |             |
| Persona encargada de pago:                                                                                                                                                                                  |                   |                            |                             |             |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                   |                   | Email:                     |                             |             |
| DATOS DEL DESPACHANTE                                                                                                                                                                                       |                   |                            |                             |             |
| Nombre y Apellido:                                                                                                                                                                                          |                   |                            |                             |             |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                   |                   | Email:                     |                             |             |
| Website:                                                                                                                                                                                                    |                   |                            |                             |             |
| FACTURAR OPERACIÓN A                                                                                                                                                                                        |                   | Razón social:              |                             | CUIT:       |
| ACCIONISTAS - BENEFICIARIOS FINALES (con mas del 10% de participación)                                                                                                                                      |                   |                            |                             |             |
| Tipo y número de documento                                                                                                                                                                                  | Nombre y Apellido | Cargo                      | Porcentaje de participación | PEP (SI/NO) |
|                                                                                                                                                                                                             |                   |                            |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                             |                   |                            |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                             |                   |                            |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                             |                   |                            |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                             |                   |                            |                             |             |
|                                                                                                                                                                                                             |                   |                            |                             |             |

Aclaración:  
El presente formulario tiene caracter de Declaracion Jurada.  
La firma implica la aceptacion integral de los Terminos y Condiciones incluidos en este documento.  
La documentacion deberá remitirse firmada en formato PDF por los canales habilitados por TECPLATA S.A: [clientes@tecplata.com](mailto:clientes@tecplata.com)  
TECPLATA S.A. podra solicitar documentacion complementaria para validaciones operativas, regulatorias o de seguridad.  
La informacion suministrada debera mantenerse actualizada durante toda la relacion comercial.

- ☐ [Leí los terminos y condiciones de seguridad \(ver aquí\)](#)
- ☐ Acepto los términos y condiciones de seguridad

|                   |
|-------------------|
| Firma digital del |
| Responsable:      |
| Aclaración:       |
| Cargo:            |
| Fecha y lugar:    |