



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DE SAN LUIS



Provincia de San Luis

SOLICITUD DE REVERSION DE DEBITO AUTOMÁTICO

DATOS DEL CONTRIBUYENTE

| | |
|--------------------|----------------------|
| CUIT | <input type="text"/> |
| CORREO ELECTRONICO | <input type="text"/> |

PERSONA FISICA

| DNI/LC/LE/PTE | NACIONALIDAD | SEXO | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | F | M |
| APELLIDO/S | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOMBRE/S | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DATOS PARA PERSONAS JURIDICAS

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| RAZON SOCIAL | <input type="text"/> |
| TIPO SOCIETARIO | <input type="text"/> |
| NUMERO DE INSCRIPCION EN R.P.C. | <input type="text"/> |
| LUGAR DE INSCRIPCION | <input type="text"/> |

IMPONIBLE SOBRE EL QUE SE EFECTUO EL DEBITO

| PERIODO/CUOTA | IMPORTE |
|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DESCRIBA EL ERROR O MOTIVO DE SOLICITUD | <input type="text"/> |

El que suscribe en mi carácter de
..... afirma que los datos consignados en este formulario son correctos
y completos, y que han confeccionado esta declaración sin omitir dato alguno que deba contener,
siendo fiel expresión de la verdad.

Lugar y Fecha

FIRMA DEL CONTRIBUYENTE