

F 06

PODER



Nº de inscripción:

C.U.I.T

Apellido y Nombre o Razón social :

Año :

Inspector
ATP

Verificador

Domicilio fiscal :

Nº de cargo

Orden de Intervención:

/

En la Ciudad de Provincia
de , a los días del mes de de
el Sr./a.

con domicilio fiscal en

con CUIT número.....

en su carácter de

TITULAR**PRESIDENTE****SOC. GERENTE****APODERADO**

(a)

OTORGA, al Sr./a.

con D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. y domicilio real en

PERSONERÍA SUFICIENTE PARA ACTUAR

ANTE LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DE LA PROVINCIA DE FORMOSA, según lo prescripto en el artículo 24 del Código Fiscal Provincial Ley N° 1589, facultándolo a actuar en su nombre y representación en todas las cuestiones que requieran su conformidad y notificación frente a este Organismo sin perjuicio de revocar el mandato conferido previa comunicación fehaciente a la Administración.

Asimismo, en este acto el contribuyente constituye domicilio, en los términos del Art. 20 de Código Fiscal Provincial a estos efectos, en

De conformidad con lo expuesto, ambas partes firman al pie.

.....
FIRMA DEL MANDATARIO

.....
FIRMA DEL MANDANTE

.....
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADO ACTUANTE
O ESCRIBANO PÚBLICO QUE AUTENTIQUE
LA FIRMA DEL MANDANTE

(a) TACHE LO QUE NO CORRESPONDA