



**SOLICITUD DE CAMBIO DE RESPONSABLE DE PAGO
O CAMBIO DE CONDICIÓN FRENTE AL IVA**

Fecha ___/___/___

El/la que suscribe, en su carácter de titular del grupo familiar asociado bajo el N° _____
solicita se registre que a partir del ___/___/___ sus obligaciones de pago originadas en el Reglamento General de Asociación a
Swiss Medical Medicina Privada, por mi conocido y comprendido, han sido delegadas a:

Nombre y apellido

o razón social * _____

Domicilio: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

Localidad _____ C.P. _____ Tel. _____

CUIL/CUIT N° _____ Cond. IVA _____

(En caso de ser Responsable Inscripto, debe adjuntar Constancia de Inscripción AFIP)

Nombre y Apellido a Razón Social

Firma del titular

Firma de tercero pagador

(*) Si el responsable será una empresa, deberá presentar nota de la misma autorizando que la factura sea emitida a nombre de la persona jurídica correspondiente.