

FORMULARIO PARA LA NOMINA DE PERSONAS AUTORIZADAS

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|--|----------------------|
| ENTIDAD: | <input type="text"/> | | |
| N° DE INSCRIPCION ANTE LA SSN: | <input type="text"/> | | |
| REPRESENTANTE LEGAL: | <input type="text"/> | | |
| NACIONALIDAD: | <input type="text"/> | C.I./L.E./L.C./D.N.I.: | <input type="text"/> |
| DOMICILIO: | <input type="text"/> | LOCALIDAD: | <input type="text"/> |
| ACTOS DE DESIGNACION: | <input type="text"/> | | |
| DURACION DEL CARGO: | <input type="text"/> | <hr/> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> | |
| TELEFONO: | <input type="text"/> | | |
| FAX: | <input type="text"/> | | |

FIRMAS AUTORIZADAS

| | | | |
|-----------------------|----------------------|--|----------------------|
| NOMBRE: | <input type="text"/> | | |
| NACIONALIDAD: | <input type="text"/> | C.I./L.E./L.C./D.N.I.: | <input type="text"/> |
| DOMICILIO: | <input type="text"/> | LOCALIDAD: | <input type="text"/> |
| CARGO: | <input type="text"/> | DURACION: | <input type="text"/> |
| ACTOS DE DESIGNACION: | <input type="text"/> | | |
| TELEFONO: | <input type="text"/> | <hr/> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> | |
| FAX: | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|-----------------------|----------------------|--|----------------------|
| NOMBRE: | <input type="text"/> | | |
| NACIONALIDAD: | <input type="text"/> | C.I./L.E./L.C./D.N.I.: | <input type="text"/> |
| DOMICILIO: | <input type="text"/> | LOCALIDAD: | <input type="text"/> |
| CARGO: | <input type="text"/> | DURACION: | <input type="text"/> |
| ACTOS DE DESIGNACION: | <input type="text"/> | | |
| TELEFONO: | <input type="text"/> | <hr/> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> | |
| FAX: | <input type="text"/> | | |