

## SOLICITUD DE COMPENSACION

**F.60/001**

A.S.I.P Nº

Sello Fechador de Recepción

Nº de Inscripción

Nº de CUIT

### DATOS DEL CONTRIBUYENTE *(Deberán completarse en su totalidad)*

**APELLIDO Y NOMBRE - RAZON /DENOMINACION SOCIAL:**

**DOMICILIO FISCAL**

Calle: \_\_\_\_\_  
 N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_ Barrio : \_\_\_\_\_  
 Localidad : \_\_\_\_\_ C.P : \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 T.E.: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**SALDO A FAVOR PROVENIENTE DE:**

SIRCRESB

OTROS \_\_\_\_\_

IMPUESTO

PERIODO  
FISCAL

### AFECTAR A: *(Deberá enumerarse los periodos y/o conceptos por los cuales solicita la compensación)*

### IMPORTE TOTAL DE LA COMPENSACION:

El que suscribe..... en su carácter de .....  
 afirma que los datos consignados en este formulario son correctos y se ha confeccionado esta declaracion jurada sin omitir ni falsear dato  
 alguno que deba contener, siendo fiel expresion de la verdad.-

A los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CERTIFICACION DE FIRMA

Aclaracion:

Carácter:

**ESTE FORMULARIO TIENE CARACTER DE SOLICITUD Y NO IMPLICA LA ACEPTACION DEL TRAMITE**