

SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA, DE DE 201....

SEÑORA:
ADMINISTRADORA GENERAL DE RENTAS
C.P.N. SUSANA VARAS
SU DESPACHO:

Ref: SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NO RETENCIÓN

El/la que suscribe,
Nro. de Inscripción:, CUIT:, Domicilio en:
....., tiene el agrado de dirigirse a Ud. a fin de
solicitar Certificado de No Retención, para ser presentado ante:

Nombre Agente de Retención	Nº Inscripción	CUIT

Facturación mayor a \$2000 mensuales

Facturación menor a \$2000 mensuales

Mes	Monto facturación
Enero	
Febrero	
Marzo	
Abril	
Mayo	
Junio	

Mes	Monto facturación
Julio	
Agosto	
Septiembre	
Octubre	
Noviembre	
Diciembre	

Sin otro particular la saludo muy Atte.

Firma y Aclaración:

Teléfono:

Correo electrónico: