



**ALTA de PROFESIONALES y PRESENTANTES para ORGANISMOS OFICIALES**

La Plata, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_

Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires  
ARBA

Me dirijo a Ud. afín de remitir nómina de los Agentes de esta Dependencia autorizados a gestionar trámites en nombre de este Organismo ante esa Gerencia, los cuales para los casos que sea requisito legal indispensable, llevarán únicamente la firma de los profesionales que también se detallan.

Por medio de la presente, tomo conocimiento que ESTAS AUTORIZACIONES CADUCARÁN indefectiblemente el 31 de Diciembre de 2014

Profesionales Habilitados a Firmar trámites

Apellido	Nombre/s	Tipo y N° Doc	CUIT/CUIL			Legajo	Profesión	Matricula

Personal autorizado a Gestionar (Presentar) trámites

Apellido	Nombre/s	Tipo y N° Doc	CUIT/CUIL			Legajo	Firma	

Sin otro particular, saluda a Ud. ,muy atentamente.

Firma, Aclaración y sello de la Dependencia  
(Firma Certificada)

E-mail de la Dependencia:

CUIT de la DEPENDENCIA:

Domicilio y Teléfono de la Dependencia

**Completar con letra de imprenta sin tachaduras ni enmiendas**