ANEXO I – DETALLE DE ESTABLECIMIENTOS

CUIT/P: | | | | | | | | | | | | **Nº De Contrato:** | |

Razón Social:_____

Según lo establece el art. 2 de la Ley Nº 19.587: ….los términos "establecimiento", "explotación", "centro de trabajo" designan todo lugar destinado a la realización o donde se realicen tareas de cualquier índole o naturaleza con la presencia permanente, circunstancial, transitoria o eventual de personas físicas, y a los depósitos y dependencias anexas de todo tipo en que las mismas deban permanecer o a los que asistan o concurran por el hecho o en ocasión del trabajo o con el consentimiento expreso o táctico del principal…" En virtud de lo establecido en la norma precedente, los buques serán asimilables a un establecimiento.

ESTABLECIMIENTO Nº:		**COD. DE ACT: FORMULARIO AFIP Nº 150. (Res. AFIP Nº 485/99):**						

Breve descripción de la Actividad:_____

Ubicación/Domicilio Completo:_____Localidad:_____

Provincia:_____C.P./C.P.A._____Cant. De Trabajadores:_____Te.:_____

e-mail:_____

Solo para empresas de servicios eventuales. Empresa contratante. CUIT/P:_____Razón Social:_____

ESTABLECIMIENTO Nº:		**COD. DE ACT: FORMULARIO AFIP Nº 150. (Res. AFIP Nº 485/99):**						

Breve descripción de la Actividad:_____

Ubicación/Domicilio Completo:_____Localidad:_____

Provincia:_____C.P./C.P.A._____Cant. De Trabajadores:_____Te.:_____

e-mail:_____

Solo para empresas de servicios eventuales. Empresa contratante. CUIT/P:_____Razón Social:_____

ESTABLECIMIENTO Nº:		**COD. DE ACT: FORMULARIO AFIP Nº 150. (Res. AFIP Nº 485/99):**						

Breve descripción de la Actividad:_____

Ubicación/Domicilio Completo:_____Localidad:_____

Provincia:_____C.P./C.P.A._____Cant. De Trabajadores:_____Te.:_____

e-mail:_____

Solo para empresas de servicios eventuales. Empresa contratante. CUIT/P:_____Razón Social:_____

ESTABLECIMIENTO Nº:		**COD. DE ACT: FORMULARIO AFIP Nº 150. (Res. AFIP Nº 485/99):**						

Breve descripción de la Actividad:_____

Ubicación/Domicilio Completo:_____Localidad:_____

Provincia:_____C.P./C.P.A._____Cant. De Trabajadores:_____Te.:_____

e-mail:_____

Solo para empresas de servicios eventuales. Empresa contratante. CUIT/P:_____Razón Social:_____

ESTABLECIMIENTO Nº:		**COD. DE ACT: FORMULARIO AFIP Nº 150. (Res. AFIP Nº 485/99):**						

Breve descripción de la Actividad:_____

Ubicación/Domicilio Completo:_____Localidad:_____

Provincia:_____C.P./C.P.A._____Cant. De Trabajadores:_____Te.:_____

e-mail:_____

Solo para empresas de servicios eventuales. Empresa contratante. CUIT/P:_____Razón Social:_____

En caso de poseer más de cinco establecimientos, imprimir tantas de estas hojas como sea necesario, continuando la numeración correlativa de los mismos.

Firma y aclaración del Empleador o Profesional responsable de los datos detallados