

A.F.I.P.
REGISTRO FISCAL DE IMPRENTAS
Declaración Jurada

Sello de recepción

F. 499	Solicitud de Inscripción ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	Modificación ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	Solicitud de exclusión ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>
---------------	--	--	--

Imprenta <input type="checkbox"/>	Autoimpresor <input type="checkbox"/>
Importador propio <input type="checkbox"/>	Importador para terceros <input type="checkbox"/>

Dependencia de la A.F.I.P. - D.G.I. donde se halla inscripto	Uso D.G.I.
--	------------

Clave Unica de Identificación Tributaria
--

Nº de inscripción en el Registro

Apellido y nombre o denominación

Hoja ___ de ___

DOMICILIO FISCAL				
Calle:				Nº
Piso	Ofic./Depart.	Teléfono	Localidad	Código Postal
Provincia:				Código

Rubro I. DETALLE DE LOCALES, ESTABLECIMIENTOS FABRILES, TALLERES, DEPOSITOS, ETC.

Sucursal:	Tipo: ⁽²⁾	Hab. Municipal Nº	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾
Calle:				Nº
Piso	Ofic./Depart.	Teléfono	Localidad	Código Postal
Provincia:				Código

Sucursal:	Tipo: ⁽²⁾	Hab. Municipal Nº	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾
Calle:				Nº
Piso	Ofic./Depart.	Teléfono	Localidad	Código Postal
Provincia:				Código

Sucursal:	Tipo: ⁽²⁾	Hab. Municipal Nº	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾
Calle:				Nº
Piso	Ofic./Depart.	Teléfono	Localidad	Código Postal
Provincia:				Código

Sucursal:	Tipo: ⁽²⁾	Hab. Municipal Nº	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾
Calle:				Nº
Piso	Ofic./Depart.	Teléfono	Localidad	Código Postal
Provincia:				Código

Sucursal:	Tipo: ⁽²⁾	Hab. Municipal Nº	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾
Calle:				Nº
Piso	Ofic./Depart.	Teléfono	Localidad	Código Postal
Provincia:				Código

Sucursal:	Tipo: ⁽²⁾	Hab. Municipal Nº	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾
Calle:				Nº
Piso	Ofic./Depart.	Teléfono	Localidad	Código Postal
Provincia:				Código

Rubro II. Equipamiento.

A la fecha: ¿posee el equipamiento necesario para operar el sistema de control de impresión de facturas?:

- SI.
- NO. El equipamiento estará disponible para su uso antes del ___ / ___ / ___ ⁽⁴⁾

Rubro III. Autoimpresores. Requisitos.

Marcar con una 'x' y/o completar el/los requisito/s correspondiente/s:

- Operaciones gravadas, no gravadas y exentas, en el mercado interno de \$ _____ ⁽²⁾
- Total de facturas clase 'A' emitidas: _____ ⁽⁵⁾
(Indicar cantidad en números)
- Utilización del sistema de impresión con tecnología láser o por deposición de iones desde el ___ / ___ / ___ ⁽⁷⁾.
- Proyección de ventas o consumo de facturas por inicio de actividades (completar rubro IV).
- Otras causas (indicar): _____

Rubro IV. Autoimpresores. Inicio de actividades o adquisición del carácter de responsable inscripto en el I.V.A..

Fecha de inicio de actividades o Resp. inscripto en I.V.A. desde: ___ / ___ / ___ Período considerado: ___ / ___ al ___ / ___ (indicar mes y año)

Operaciones del período \$ _____ (Indicar monto en números) Proyección de operaciones anuales \$ _____ (Indicar monto en números)

Comprobantes utilizados en el período _____ (Indicar cantidad en números) Proyección anual de consumo _____ (Indicar cantidad en números)

Rubro V. Autoimpresores. Inscripción anticipada al inicio de actividades.

Fecha probable de inicio de actividades: ___ / ___ / ___

Estimación de ingresos anuales \$ _____ (Indicar cantidad en números) Estimación de comprobantes anuales _____ (Indicar cantidad en números)

Se adjuntan los siguientes papeles de trabajo que fundamentan las estimaciones indicadas anteriormente:

El que suscribe, Don _____ en su carácter de ⁽⁸⁾ _____ acepta, sin ningún tipo de reserva, las obligaciones y condiciones que se establecen en el anexo I de la Resolución General que aprueba este formulario, declara conocer las sanciones indicadas en el mismo y afirma que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que esta declaración se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Lugar y fecha:

Firma y sello ⁽⁸⁾:

Reservado para la certificación de firmas:

Uso A.F.I.P. - D.G.I.

La presente solicitud está sujeta a verificación. Su aceptación o rechazo se notificará oportunamente, siendo necesaria la concurrencia del titular o representante legal a la dependencia correspondiente.

(1) Marcar con (x) el cuadro correspondiente.

(2) Según la siguiente tabla: LOCAL DE VENTA (1), ESTABLECIMIENTO FABRIL (2), TALLER (3), DEPOSITO (4), OTROS (5).

(3) Tachar lo que no corresponda.

(4) La fecha a consignar debe ser anterior a la fecha de inicio de operación del presente sistema.

(5) Indicar la sumatoria de operaciones realizadas en los meses correspondientes a las doce últimas DDJJ vencidas hasta el penúltimo mes inmediato anterior a la solicitud.

(6) Indicar la sumatoria de facturas utilizadas en los meses correspondientes a las doce últimas DDJJ vencidas hasta el penúltimo mes inmediato anterior a la solicitud.

(7) La fecha a considerar debe ser anterior a la dispuesta en el último párrafo del art. 6° de la R.G. N° 100.

(8) Titular o representante legal o autorizado por estatuto, contrato, poderes o en forma expresa, según disposiciones vigentes, ante este Organismo.