

Aviso de Inscripción al Registro Estatal de Contribuyentes

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN*

NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL

*Indispensable para personas físicas

INDIQUE CON UNA "X" SEGÚN SE TRATE:

FECHA DE INICIO DE OPERACIONES:

MATRIZ

SUCURSAL

AVISO NORMAL

AVISO COMPLEMENTARIO

PERSONA FÍSICA

PERSONA MORAL

INDIQUE CON UNA "X" SEGÚN LA OBLIGACIÓN QUE SE TRATE:

IMPUESTO SOBRE EROGACIONES POR REMUNERACIÓN AL TRABAJO PERSONAL

IMPUESTO SOBRE SERVICIOS DE HOSPEDAJE

DOMICILIO FISCAL ESTATAL

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S), DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL:			
CALLE Y NÚMERO:		COLONIA:	
ENTRE LA CALLE:		Y LA CALLE:	
LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

CALLE Y NÚMERO:		COLONIA:	
ENTRE LA CALLE:		Y LA CALLE:	
LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:	MUNICIPIO:	TELÉFONO:
			NO. DE EMPLEADOS:

DATOS ADICIONALES

PARA LLENADO DE LOS CONTRIBUYENTES SUJETOS AL IMPUESTO SOBRE SERVICIOS DE HOSPEDAJE:

HOTEL <input type="checkbox"/>	MESÓN <input type="checkbox"/>	VILLA <input type="checkbox"/>	CASA DE HUÉSPEDES <input type="checkbox"/>	CAMPAMENTO DE CASAS RODANTES <input type="checkbox"/>
MOTEL <input type="checkbox"/>	HOSTERÍA <input type="checkbox"/>	CABAÑA <input type="checkbox"/>	HACIENDA <input type="checkbox"/>	OTROS (ESPECIFIQUE): <input type="checkbox"/>
POSADA <input type="checkbox"/>	CAMPAMENTO <input type="checkbox"/>	BUNGALOW <input type="checkbox"/>	TIEMPOS COMPARTIDOS <input type="checkbox"/>	

PARA LLENADO DE LOS CONTRIBUYENTES SUJETOS AL IMPUESTO SOBRE EROGACIONES POR REMUNERACIÓN AL TRABAJO PERSONAL:

*Para el caso de dependencias de Gobierno indicar únicamente el nivel

FEDERAL <input type="checkbox"/>	BANCA <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN <input type="checkbox"/>	ESTABLECIMIENTO COMERCIAL <input type="checkbox"/>
ESTATAL <input type="checkbox"/>	HOTELERA <input type="checkbox"/>	RESTAURANTERA <input type="checkbox"/>	EMPRESAS CONSTRUCTORAS <input type="checkbox"/>
MUNICIPAL <input type="checkbox"/>	MINERÍA <input type="checkbox"/>	SALUD <input type="checkbox"/>	INDUSTRIA MAQUILADORA <input type="checkbox"/>
	PESCA <input type="checkbox"/>	OTRA (ESPECIFIQUE): <input type="checkbox"/>	INDUSTRIA EN GENERAL <input type="checkbox"/>
	TRANSPORTE <input type="checkbox"/>		COMUNICACIÓN <input type="checkbox"/>

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados en este documento son verdaderos

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRIBUYENTE

SELLO DE LA OFICINA RECAUDADORA

PERSONAS MORALES INDICAR NOMBRE, R.F.C. Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Instrucciones de llenado:

- Este formato puede ser llenado en computadora o con letra de molde y las letras no deberán invadir los límites de los recuadros.
- En caso de que sea llenado a mano utilice letras en mayúsculas.
- Todos los datos requeridos son obligatorios.
- Se presenta por duplicado

Fundamento legal: Ley de Hacienda del Estado de Michoacán de Ocampo