FORMULARIO	
SOLICITUD DE INFORME REGISTRO DE REVOCACIONES DE PODERES	COLEGIO DE ESCRIBANOS PROVINCIA DEL NEUQUÉN

DATOS DEL OTORGANTE
Nombre y Apellido/Razón Social:_____
D.N.I./L.C. L.E./C.I. o Pasaporte/Nº:_____**CUIT Nº:**_____
DATOS DE APODERADO
Nombre y Apellido/Razón Social:_____
D.N.I./L.C. L.E./C.I. o Pasaporte/Nº:_____**CUIT Nº :**_____
OBJETO DEL PEDIDO E INFORMACIÓN SOLICITADA
DATOS DEL PRESENTANTE
Los datos que figuran en este formulario son correctos y surgen de la documentación que se acompaña

APELLIDO Y NOMBRE	
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	
CARÁCTER EN QUE ACTÚA	
DOMICILIO	
TELEFONOS	
CORREO ELECTRÓNICO	
	FIRMA DEL PRESENTANTE

- El presente formulario deberá completarse, imprimirse y certificarse firma ante escribano público, debiendo enviarse una vez certificado en formato PDF a la casilla registrorevocaciones@escribanosnqn.org.ar
- En caso de contar el solicitante con firma digital, podrá enviarse firmado digitalmente directamente a la casilla mencionada.