

# DECLARACION DE VIGENCIA Y RATIFICACION DE PODERES

Sres. **BANCO INDUSTRIAL**

Nombre / Razón Social

Sucursal:

Número de Cliente:

Fecha:

Muy señores nuestros:

Por la presente nos comprometemos a poner por escrito en conocimiento de ese Banco llegado el caso, la revocación de los mandatos que hemos conferido a los siguientes firmantes:

**Nombre y Apellido**

**Escritura - Fecha**

1

2

3

4

cuyas firmas figuran al final de la presente, y que actualmente están **en vigencia**. El otorgamiento no implica la revocación de otros poderes para los mismos fines.

Declaramos que mientras el Banco no se encuentre notificado de manera fehaciente y acusado recibo por escrito de nuestra comunicación de revocación, los **mandatos continuarán en vigor**, obligando al mandante sin restricciones por los actos efectuados por los mandatarios dentro de las facultades contenidas en los mismos.

Saludamos a Uds. muy atentamente.

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y sello del Representante

## DATOS DE LOS FIRMANTES

### Firmante 1

Apellido y Nombre  Sexo:  F  M

Nacido en  el día  del mes  de

Tipo de Documento  DNI  LE  LC  CI  Pasaporte Nro:

Nacionalidad  Estado Civil :

CUIL  CUIT  CDI Nro

### Domicilio Particular

Calle  Número  Piso  Depto.  Localidad

Provincia  País  Tel.  Email

Profesión, Oficio o Actividad Principal:

Autónomo  En Relación de dependencia  Jubilado  Pensionado  Sin Empleo Empleador:  SI  NO

### Firmante 2

Apellido y Nombre  Sexo:  F  M

Nacido en  el día  del mes  de

Tipo de Documento  DNI  LE  LC  CI  Pasaporte Nro:

Nacionalidad  Estado Civil :

CUIL  CUIT  CDI Nro

### Domicilio Particular

Calle  Número  Piso  Depto.  Localidad

Provincia  País  Tel.  Email

Profesión, Oficio o Actividad Principal:

Autónomo  En Relación de dependencia  Jubilado  Pensionado  Sin Empleo Empleador:  SI  NO

**Firmante 3**Apellido y Nombre  Sexo:  F  MNacido en  el día  del mes  de Tipo de Documento  DNI  LE  LC  CI  Pasaporte Nro: Nacionalidad  Estado Civil :  CUIL  CUIT  CDI Nro **Domicilio Particular**Calle  Número  Piso  Depto.  Localidad Provincia  País  Tel.  Email Profesión, Oficio o Actividad Principal:  Autónomo  En Relación de dependencia  Jubilado  Pensionado  Sin Empleo Empleador:  SI  NO**Firmante 4**Apellido y Nombre  Sexo:  F  MNacido en  el día  del mes  de Tipo de Documento  DNI  LE  LC  CI  Pasaporte Nro: Nacionalidad  Estado Civil :  CUIL  CUIT  CDI Nro **Domicilio Particular**Calle  Número  Piso  Depto.  Localidad Provincia  País  Tel.  Email Profesión, Oficio o Actividad Principal:  Autónomo  En Relación de dependencia  Jubilado  Pensionado  Sin Empleo Empleador:  SI  NO

Me /nos comprometo/ emos a informar expresamente cualquier cambio que pudiera producirse en relación a mi /nuestra actividad principal o de cualquier otro, vinculado con los conceptos supra declarados y hacer entrega de la documentación que vuestra entidad pudiera requerirme/nos a fin de cumplir con las normativa vigentes.

**Firma Firmante 1**

---

Aclaración

**Firma Firmante 2**

---

Aclaración

**Firma Firmante 3**

---

Aclaración

**Firma Firmante 4**

---

Aclaración