



DATOS DEL CONTRIBUYENTE QUE SE INSCRIBE

R.F.C.:	<input type="text"/>	Registro Patronal del I.M.S.S.:	<input type="text"/>	TIPO DE MOVIMIENTO	
				ALTA <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>
				CAMBIO DE DOMICILIO <input type="checkbox"/>	SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>

SOLO TRATANDOSE DE PERSONAS FISICAS

NOMBRE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)
CORREO ELECTRONICO:	<input type="text"/>	CURP:	<input type="text"/>

SOLO TRATANDOSE DE PERSONAS MORALES

DENOMINACION O RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
NOMBRE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)
R.F.C.:	<input type="text"/>	CURP:	<input type="text"/>
		CORREO ELECTRONICO:	<input type="text"/>

DOMICILIO FISCAL DEL CONTRIBUYENTE QUE SE INSCRIBE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CALLE	Nº Ext.	Nº Int.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COLONIA	CODIGO POSTAL	TELEFONO (DIEZ DIGITOS)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO	LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA	
UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="text"/>	Y	<input type="text"/>
	ENTRE CALLE 1		CALLE 2

TIPO DE OBLIGACION FISCAL

IMPUESTOS SOBRE NOMINAS <input type="checkbox"/>	IMPUESTO SOBRE SERVICIOS DE HOSPEDAJE <input type="checkbox"/>	IMPUESTO SOBRE LOTERIAS, RIFAS, SORTEOS, CONCURSOS, APUESTAS Y JUEGOS PERMITIDOS <input type="checkbox"/>
--	--	---

ACTIVIDAD PREPONDERANTE

INDIQUE LA ACTIVIDAD PREPONDERANTE A DESARROLLAR	INICIO DE ACTIVIDADES
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DIA / MES / AÑO
INDIQUE EL SECTOR AL QUE CORRESPONDE LA ACTIVIDAD PREPONDERANTE A DESARROLLAR	
PRODUCE BIENES <input type="checkbox"/>	VENDE BIENES <input type="checkbox"/>
PRESTA SERVICIOS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="text"/>

SOLO TRATANDOSE DE IMPUESTO SOBRE NOMINA

ESTABLECIMIENTO 1 <input type="checkbox"/>	Nº DE EMPLEADOS <input type="text"/>	MUNICIPIO <input type="text"/>	
2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			TOTAL DE EMPLEADOS <input type="text"/>

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA Y SELLO DE RECEPCION