# **TEATRO DEL BICENTENARIO**

# **AGENCIA SAN JUAN DEL BICENTENARIO S.E.M.**

# **SOLICITUD DE RESTITUCION**

# **DECLARACIÓN JURADA**

Mediante el presente YO, ……………………………………………………………. ………………………………………DNI: …………………………………………de nacionalidad………………………………………...………………con domicilio en …………………………………………………………………………………………. declaro bajo juramento, que al momento de solicitar la restitución del dinero por la compra realizada en efectivo de las entradas que a continuación se detallan y de las cuales adjunto fotos, soy el portador y/o poseedor legítimo de las mismas en el marco de las normas que así lo reglamentan.

Teniendo en cuenta la vigencia del Decreto de Necesidad y Urgencia N°260/20 y a efectos de contener la situación epidemiológica y mitigar la propagación del virus COVID-19, **DECLARO BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD** que soy el único portador y habilitado a reclamar el reintegro de los importes abonados y que **AUTORIZO** mediante este acto y bajo mi responsabilidad a efectuar la transferencia bancaria a la Cuenta que denuncio seguidamente.

Asimismo, **DECLARO** que me comprometo entregar las entradas originales ante la Boletería del Teatro del Bicentenario, una vez que cesen las medidas de restricción y aislamiento decretadas por el Gobierno Nacional y Provincial, y que nada más tengo que reclamar al Teatro y/o a cualquier persona física ó jurídica responsable.

## DATOS PERSONALES

NOMBRE:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: CÓD.POSTAL:

PROVINCIA: E-MAIL: @

TELÉFONO/ CEL:

**INFORMACION DE LAS ENTRADAS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cant.** | **Espectáculo** | **Fecha** | **Fila** | **Asiento** | **importe** | **Nº orden #** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |

**CUENTA BANCARIA DONDE REALIZARÁ LA RESTITUCIÓN**

TITULAR DE LA CUENTA:

BANCO: SUCURSAL:

TIPO CUENTA: N° DE CUENTA:

NÚMERO DE CBU:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

POR MEDIO DE LA PRESENTE, AUTORIZO A LA AGENCIA SAN JUAN DEL BICENTENARIO A REALIZAR EL PAGO EN CUALQUIER CONCEPTO POR VIA BANCARIA, CONSIDERANDO ESTE COMO RECIBO DE PAGO, OBLIGANDOME A INFORMAR CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE.

**FIRMA:**

**ACLARACIÓN:**

**Nº DOCUMENTO:**

**FECHA:**

**Adjunto:**

Foto de la/s entrada/s

Declaración jurada firmada