

REPORTE SISTEMÁTICO MENSUAL - Casinos y Salas**INFORMANTE**

CASINO/ TRAGAMONEDAS.....

LOCALIDAD.....

SUBGERENTE/JEFE DE SALA.....

INFORMADO

NOMBRE Y APELLIDO.....

DNI N.º.....

CUIL/CUIT..... LOCALIDAD.....

DOMICILIO..... CP.....

PROVINCIA.....

ESTADO CIVIL..... TELÉFONO N.º.....

OCUPACIÓN..... ES PEP(*) SI NO **PREMIO**

MONTO.....

JUEGO.....

MÁQUINA.....

N.º DE ACTA/PAGO MANUAL.....

FECHA DE PAGO.....

INSTRUMENTO DE PAGO (N.º CHEQUE/EFFECTIVO/TRANS. BANCARIA).....

FIRMA DEL INFORMANTE

FIRMA DEL INFORMADO

IMPORTANTE

Enviar dentro de las 72 Hs. Hábiles

Remitir a IAFAS en sobre cerrado con la inscripción "Prevención de Lavado de Activos",
dirigido al Oficial de Cumplimiento

(*) Tildar si es una Persona Expuesta Políticamente (Res. 134/18 UIF)

Por cualquier consulta llamar al **(0343) 4201 172** o escribir a **prevlavado@iafas.gov.ar**