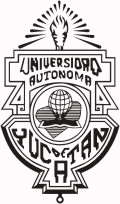
**Catálogos Genéricos**



**Catálogo de Proveedores Reporte del Alta de Proveedores**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fecha Alta |
|  |
| **DATOS GENERALES** | |
| Clave de Proveedor: Tipo de Sujeto Fiscal: **Persona Física** RFC: | |
| Nombre/Razón Social: | |
| Nacionalidad: País: Estado: | |
| Municipio: | |
| Localidad: Colonia: | |
| Calle: Num. Int.: Num. Ext.: Cruzamientos: | |
| C.P.: CURP: | |
| Correo: Teléfono: Fax: | |

Tipo Proveedor: **Servicios**

**INFORMACIÓN FISCAL**

Régimen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **SERVICIO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA** |
| Por medio de la presente autorizo a la UADY, abone a mi cuenta bancaria abajo detallada, el importe de las operaciones pactadas, mediante el servicio de Transferencia Electrónica con los siguientes datos : |
| Nombre del Banco: |
| Num. de cuenta: |
| CLABE:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Num. de Plaza: 910 Num. Sucursal: |
| Así mismo me comprometo a informarles del cambio o cancelación de la misma y relevarlos de cualquier responsabilidad que de ello sucediese |

Dependencia: **Facultad de Medicina**

Correo: [**lluvia.ruiz@correo.uady.mx**](mailto:lluvia.ruiz@correo.uady.mx)

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Departamento: **Secretaría Administrativa**

Teléfono: (999) 9240554 ext. 36126

M.A. LLUVIA VIRIDIANA RUIZ ZENET

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Estado:

Observaciones:

# Original: Área de Contabilidad

c.c.p. Departamento de Tesorería