

Catálogo de Proveedores
Reporte del Alta de Proveedores

Fecha Alta

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

INFORMACIÓN FISCAL	
Tipo Proveedor: Servicios	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: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																				
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																				

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	
Dependencia: Facultad de Medicina	Departamento: Secretaría Administrativa
Correo: facturas.medicina@correo.uady.mx	Teléfono: (999) 9240554 ext. 36165

C.P. Suleyma del Socorro Canché Kú

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Estado:	
Observaciones:	

Original: Área de Contabilidad
c.c.p. Departamento de Tesorería