

SECRETARIA DE FINANZAS Y TESORERIA

DIRECCION DE ADQUISICIONES

SOLICITUD PARA REGISTRO EN EL PADRON DE PROVEEDORES

TIPO DE SOLICITUD: alta FECHA: 25 Sep 18

NOMBRE: CRUZ ESMERALDA MORENO GALVIZ

DOMICILIO: CARRILLO DE ALEJANDRIA 420 ARCOS DEL SOL 4 SECTOR MONTERREY

C.P.: 64102 ESTADO: NUEVO LEON

TELEFONO: 8115321614 FAX: _____

CORREO ELECTRONICO: plusmedica.ventas@gmail.com

ACTIVIDADES DEL PROVEEDOR: RENTA Y VENTA DE EQUIPO MEDICO

PERSONA FISICA ☒ PERSONA MORAL ☐

NOMBRE (COMERCIAL): _____

DOMICILIO: _____

C.P.: _____ ESTADO: _____

TELEFONO: _____ R.F.C.: _____

GIRO DE LA EMPRESA: _____

ACTA CONSTITUTIVA

ESCRITURA No.: _____ FECHA DEL ACTA: ____ / ____ / ____

NOMBRE(S) DEL NOTARIO: _____

NOTARIO No.: _____

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: _____

GIRO DE LA EMPRESA: _____

PRODUCTOS QUE MANEJAN: _____

NOMBRE O FIRMA DEL GERENTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE

