



## FORMATO DE PAGO POR TRANSFERENCIA PROVEEDORES

Por medio de la presente autorizo plenamente que todos aquellos recibos y facturas presentados a cobro derivado de mis servicios, sean liquidados mediante transferencia interbancaria, proporciono a ustedes los datos necesarios:

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

PERSONA: FÍSICA MORAL

RFC \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

NOMBRE COMERCIAL \_\_\_\_\_

LADA \_\_\_\_\_

TELEFONO. \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

BANCO \_\_\_\_\_

CLABE INTERBANCARIA \_\_\_\_\_

DOMICILIO FISCAL. CALLE  
No. EXT / INT  
C. P.  
COLONIA  
ESTADO O MUNICIPIO

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_