



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 _____