



SECRETARIA DE FINANZAS Y TESORERIA

DIRECCION DE ADQUISICIONES

SOLICITUD PARA REGISTRO EN EL PADRON DE PROVEEDORES

TIPO DE SOLICITUD: Refrendo FECHA: 22 / Feb / 16 **Nº 0191**

NOMBRE: Jose Raul Martinez Garcia

DOMICILIO: Washington #4116 Colonia Matamoros

C.P.: 88210 ESTADO: Tamavlipas

TELEFONO: 01 867 7123293 FAX: _____

CORREO ELECTRONICO: ingjrung@hotmail.com

ACTIVIDADES DEL PROVEEDOR: Venta, Renta, Mantenimiento de equipo medico

PERSONA FISICA

PERSONA MORAL

NOMBRE (COMERCIAL): _____

DOMICILIO: _____

C.P.: _____ ESTADO: _____

TELEFONO: _____ R.F.C.: _____

GIRO DE LA EMPRESA: Venta, Renta, Mantenimiento de equipo Medico

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

Jose Raul M. G.
FIRMA DEL REPRESENTANTE