



SECRETARIA DE FINANZAS Y TESORERIA

DIRECCION DE ADQUISICIONES

SOLICITUD PARA REGISTRO EN EL PADRON DE PROVEEDORES

TIPO DE SOLICITUD: ALTA FECHA: 27 Mayo 2016 N° 0346

NOMBRE: Salud Regiomontana S.C.

DOMICILIO: Simon Bolivar #1211 Col. Mitras Centro

C.P.: 64460 ESTADO: Nuevo Leon

TELEFONO: (81)8348 0018 (81)8347 2497 FAX: _____

CORREO ELECTRONICO: lcafacturacion@gmail.com

ACTIVIDADES DEL PROVEEDOR: _____

PERSONA FISICA PERSONA MORAL

NOMBRE (COMERCIAL): Centro Quirurgico Sur

DOMICILIO: Simon Bolivar #1211 Cd. Mitras Centro

C.P.: 64460 ESTADO: Nuevo Leon

TELEFONO: (81)8348 0018 (81)8347 2497 R.F.C.: SRE130315T6A

GIRO DE LA EMPRESA: Clinica Quirurgica

ACTA CONSTITUTIVA

ESCRITURA No.: 030609 FECHA DEL ACTA: 15 103 / 13

NOMBRE(S) DEL NOTARIO: Lic. Enrique J. Kuri Gallardo

NOTARIO No.: Notaria Publica No. 84

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: Rodolfo Antonio Cerda Davila

GIRO DE LA EMPRESA: Clinica Quirurgica

PRODUCTOS QUE MANEJAN: Renta de Quifonos para procedimientos quirurgicos

Md
NOMBRE O FIRMA DEL GERENTE

[Firma]
FIRMA DEL REPRESENTANTE

