



SECRETARIA DE FINANZAS Y TESORERIA
DIRECCION DE ADQUISICIONES

SOLICITUD PARA REGISTRO EN EL PADRON DE PROVEEDORES

TIPO DE SOLICITUD: Alta FECHA: 05/06/16 **Nº** 0390

NOMBRE: URBANO DANIEL PESINA GARCIA

DOMICILIO: FRANCISCO TOLEDO # 425 COL. QUINTA COLONIAL.

C.P.: 66610 ESTADO: NUOVO LEON.

TELEFONO: 81-82327367 FAX: _____

CORREO ELECTRONICO: ventas@bestmedical.com.mx

ACTIVIDADES DEL PROVEEDOR: VENTA y SERVICIOS DE EQUIPOS DE REHABILITACION

PERSONA FISICA PERSONA MORAL

NOMBRE (COMERCIAL): BEST MEDICAL

DOMICILIO: FRANCISCO TOLEDO # 425 COL. QUINTA COLONIAL

C.P.: 66610. ESTADO: NUOVO LEON.

TELEFONO: 81-82327367 R.F.C.: PEGU790423ST0

GIRO DE LA EMPRESA: COMPAÑIA-VENTA Y SERVICIOS DE EQ. MEDICO + REHABILITACION FISICA

ACTA CONSTITUTIVA

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

NOMBRE(S) DEL NOTARIO: _____

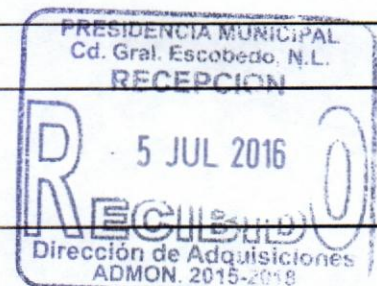
NOTARIO No.: _____

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: _____

GIRO DE LA EMPRESA: _____

PRODUCTOS QUE MANEJAN: _____



NOMBRE O FIRMA DEL GERENTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE