|  |  |
| --- | --- |
| RFC |  |
| DENOMINACIÓN  O RAZÓN SOCIAL |  |
| DOMICILIO FISCAL | |
| -CALLE |  |
| -NÚMERO |  |
| -COLONIA |  |
| -CIUDAD/LOCALIDAD |  |
| -MUNICIPIO/DELEGACIÓN |  |
| -ESTADO |  |
| -PAÍS |  |
| -CÓDIGO POSTAL |  |
| CORREOS ELECTRÓNICOS | |
| -INTERESADO |  |
| -SOLICITANTE (UV) | solhernandez@uv.mx  CHEQUE  TRANSFERENCIA BANCARIA  TARJETA DE CRÉDITO/ DÉBITO  EFECTIVO  NO IDENTIFICADO  CRÉDITO  CONTADO |
| CONDICIONES DE PAGO |  |
| MÉTODO DE PAGO | Número de cuenta o tarjeta de la que se realizará el pago. |
| CONCEPTO | Cuota de recuperación del XII Congreso de Egresados y IV Curso de Actualización Nacional e Internacional Odontológica.  Nombre del participante nivel o grado: |
| NO. DE CUENTA PREDIAL |  |
| IMPORTE | |
| -SUBTOTAL |  |
| -IVA |  |
| -TOTAL A PAGAR (NÚMERO) |  |
| -TOTAL A PAGAR (LETRA) |  |
| OBSERVACIONES |  |
| FONDO | 131 |
| DEPENDENCIA | 22401 |
| PROGRAMA | 18505 |

Para solicitudes por Convenios CONACYT deberá proporcionar además los siguientes datos:

|  |  |
| --- | --- |
| RESPONSABLE TÉCNICO |  |
| RESPONSABLE ADMINISTRATIVO |  |
| BANCO |  |
| CUENTA |  |
| SUCURSAL |  |
| CLABE |  |

**NOTA: La omisión de alguno de estos datos impedirá o retrasará la emisión del CFDI**