



ALACIBU

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL, A.C.

FICHA PARA REALIZAR SU TRANSFERENCIA INTERBANCARIA INTERNACIONAL A CUENTA USD

| | |
|--|--|
| FECHA DEL DEPÓSITO O TRANSFERENCIA: | CANTIDAD ABONADA: DOLARES |
| IMPORTE CON LETRA: | DOLARES 00/100 |
| IMPORTE EN PESOS MEXICANOS: | TIPO DE CAMBIO DÓLAR/PESO: |
| CONCEPTO DEL PAGO: | |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL QUE REALIZA EL PAGO: | |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL A LA QUE SE APLICA EL PAGO: | |
| | |
| NÚMERO DE REFERENCIA ALFANUMÉRICO (OBLIGATORIO) : | |
| BANCO DEL BENEFICIARIO | |
| BANCO: BANAMEX (BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.) | |
| SWIFT/ABA: BNMXXMM | |
| NÚMERO DE CUENTA DESTINO: 9468020 | |
| SUCURSAL: 507 (TORRE CITI CENTER) | |
| CLABE INTERBANCARIA: 002180050794680206 | |
| DIRECCIÓN: INSURGENTES SUR #1602 -PB, COLONIA CREDITO CONSTRUCTOR | |
| CODIGO POSTAL: 03940 | |
| CIUDAD: CIUDAD DE MEXICO | |
| PAÍS: MÉXICO | |

NOMBRE Y FIRMA DEL DEPOSITANTE

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: **ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL, A.C.**

NOMBRE ABREVIADO: **A LATAM D CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACI**

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (RFC), REGISTRO FISCAL: **AMC-970807-CX7**

DIRECCIÓN: **HORTENSIAS No. 33 CASA 3, COLONIA CIUDAD JARDIN, DELEGACIÓN COYOACÁN**

CODIGO POSTAL: **04370**

CIUDAD/ESTADO: **CIUDAD DE MÉXICO**

PAÍS: **MÉXICO**

E-MAIL ADMINISTRADOR: **alacibujtrujillo@gmail.com / tesoreria@alacibu.org**

TELEFONO: **(52) 56 89 72 40**

DATOS DE ADMINISTRADOR DE LA CUENTA

JUAN JOSÉ TRUJILLO FANDIÑO

TELEFONO: **55 24 37 42 (LUNES A VIERNES DE 16:00 A 20:00 HORAS)**

CELULAR: **(52) 55 54 31 23 24**

CORREO ELECTRÓNICO: **alacibujtrujillo@gmail.com / tesoreria@alacibu.org**