



ALACIBU

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL, A.C. FICHA PARA REALIZAR SU DEPÓSITO O TRANSFERENCIA BANCARIA EN MÉXICO

FECHA DE LA TRANSFERENCIA:	CANTIDAD ABONADA: DOLARES
IMPORTE CON LETRA:	DOLARES 00/100
IMPORTE EN PESOS MEXICANOS:	TIPO DE CAMBIO DÓLAR/PESO:
CONCEPTO DEL PAGO:	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL PAGO:	
NÚMERO DE REFERENCIA ALFANUMÉRICO (OBLIGATORIO) :	
RAZÓN SOCIAL A QUIEN SE ABONA O APLICA EL PAGO:	
ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCO MAXILO FACIAL, A. C.	
BANCO DEL BENEFICIARIO	
<u>BANCO:</u> BANAMEX (BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.)	
<u>SWIFT/ABA:</u> BNMXMXMM	
<u>NÚMERO DE CUENTA DESTINO:</u> 3679555 (CUENTA CONCENTRADORA REFERENCIADA)	
<u>SUCURSAL:</u> 7011 (TORRE CITI CENTER)	
<u>CLABE INTERBANCARIA:</u> 002180701136795558	
<u>DIRECCIÓN:</u> INSURGENTES SUR #1602 -PB, COLONIA CREDITO CONSTRUCTOR	
<u>CODIGO POSTAL:</u> 03940	
<u>CIUDAD:</u> CIUDAD DE MEXICO	
<u>PAÍS:</u> MÉXICO	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: AMC-970807-CX7

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**

TELÉFONO: **(52) 56 89 72 40**

DATOS DE ADMINISTRADOR DE LA CUENTA

JUAN JOSÉ TRUJILLO FANDIÑO

TELÉFONO FIJO: **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**