

SERIE:

ALACIBU

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

SOLICITUD PARA ELABORAR SU FACTURA PROVISIONAL

Por favor escriba con letra de molde claramente para evitar errores al elaborar su Factura Provisional.

FECHA DE SOLICITUD:_

alacibujjtrujillo@gmail.com / tesoreria@alacibu.org		
DATOS DEL SOLICITANTE DE LA FACTURA PROVISIONAL		
NOMBRE O RAZON SOCIAL A QUIEN SE ELABORA LA FACTURA PROVISIONAL:		
REFERENCIA ALFANUMÉRICA (OBLIGATORIO SOLICITAR ANTES Y ANOTAR AQUÍ):		
NUMERO DE REGISTRO DE CAUSANTE O DE IDENTIDAD TRIBUTARIA EN SU PAÍS:		
CALLE:		
NÚMERO EXTERIOR:	NÚMERO INTERIOR:	
COLONIA/SECTOR/DISTRITO/ PROVINCIA:		
LOCALIDAD / MUNICIPIO / DELEGACIÓN:		
ESTADO/DEPARTAMENTO/REGIÓN/PROVINCIA/TERRITORIO:		
CIUDAD:		
CODIGO POSTAL:	PAÍS:	
CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVÍO DE LA FACTURA PROVISIONAL:		
DESGLOSE EL CONCEPTO DE LA CUOTA O APORTACIÓN:		
TIPO DE PAGO: () DEPÓSITO EN EFECTIVO EN N	IÉXICO () DEPÓSITO EN CHEQUE EN MÉXICO	
() TRANSFERENCIA INTERBANCARIA EN MEXICO () TRANSFERENCIA INTERBANCARIA INTERNACIONAL EN USD		
CANTIDAD ABONADA EN DOLARES: DOLARES		
IMPORTE CON LETRA:		DOLARES 00/100
TIPO DE CAMBIO DÓLAR/PESO A LA FECHA DE LA TRANSFERENCIA:		
IMPORTE EN PESOS MEXICANOS AL MOMENTO DE LA TRANSFERENCIA:		
DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DE DONDE SE REALIZARÁ EL PAGO		
PAÍS:		
BANCO:		
DIRECCIÓN DEL BANCO QUE REALIZARÁ LA TRANSFERENCIA (ANOTAR DATOS COMPLETOS SIN ABREVIATURAS):		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA DE PAGO:		
NÚMERO DE LA CUENTA DE PAGO:		
No. CLABE:	SWIF/Aba:	
NO LLENAR. PARA USO EXCLUSIVO DE LA TESORERIA		
FECHA DE LA TRANSFERENCIA INTERBANCARIA:		
FECHA DE LA ACREDITACIÓN DEL PAGO A LA CUENTA DE ALACIBU:		
TIPO DE CAMBIO DÓLAR/PESO AL DÍA Y HORA DE LA ACREDITACIÓN DEL PAGO:		
ABONO A LA CUENTA: () COMPLETO () CON MERMA		
CANTIDAD EN DÓLARES ABONADA A LA CUENTA:		
CANTIDAD DE DÓLARES DE MERMA EN EL DEPÓSITO:		
CANTIDAD EN DÓLARES POR LA QUE SE DEBERÁ EMITIR LA FACTURA:		
FECHA DE ELABORACIÓN Y ENVÍO DE RECIBO:		

FOLIO: