



FACTURA No.: \_\_\_\_\_

# BLACIBU



BOARD LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL

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

DATOS INDISPENSABLES PARA ELABORAR SU FACTURA POR DEPÓSITO O TRANSFERENCIA EN MEXICO EN MxN

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

La cancelación y reposición de los recibos electrónicos es un trámite engorroso que se lleva tiempo,

lo que retrasará la entrega de su recibo para su contabilidad. Los pagos o depósitos deben ser en dólares o su equivalencia.

Llene y envíe este formato junto con la ficha o comprobante del depósito o transferencia bancaria al los siguientes correos electrónicos:

[alacibujtrujillo@gmail.com](mailto:alacibujtrujillo@gmail.com) / [tesoreria@alacibu.org](mailto:tesoreria@alacibu.org)

|                                                                                              |                                   |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| <b>FECHA DEPÓSITO/TRANSFERENCIA:</b>                                                         | <b>CANTIDAD A DEPOSITADA:</b>     | <b>DOLARES</b> |
| <b>IMPORTE CON LETRA:</b>                                                                    | <b>DOLARES 00/100</b>             |                |
| <b>IMPORTE EN PESOS MEXICANOS:</b>                                                           | <b>TIPO DE CAMBIO DÓLAR/PESO:</b> |                |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO:</b>                                                                    |                                   |                |
| <b>NOMBRE O RAZON SOCIAL A QUIEN SE ELABORA LA FACTURA:</b>                                  |                                   |                |
| <b>REFERENCIA ALFANUMÉRICA (OBLIGATORIO SOLICITAR ANTES Y ANOTAR AQUÍ):</b>                  |                                   |                |
| <b>REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTE (RFC):</b>                                                   |                                   |                |
| <b>CALLE:</b>                                                                                |                                   |                |
| <b>NÚMERO EXTERIOR:</b>                                                                      | <b>NÚMERO INTERIOR:</b>           |                |
| <b>COLONIA/SECTOR:</b>                                                                       |                                   |                |
| <b>LOCALIDAD / MUNICIPIO / DELEGACIÓN:</b>                                                   |                                   |                |
| <b>ESTADO/PROVINCIA:</b>                                                                     |                                   |                |
| <b>CIUDAD:</b>                                                                               |                                   |                |
| <b>CODIGO POSTAL:</b>                                                                        |                                   |                |
| <b>PAÍS</b>                                                                                  |                                   |                |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVÍO DEL RECIBO:</b>                                             |                                   |                |
| <b>TIPO DE PAGO: O EFECTIVO O CHEQUE O TRANSFERENCIA INTERBANCARIA</b>                       |                                   |                |
| <b>DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DE DONDE SE REALIZO EL PAGO</b>                               |                                   |                |
| <b>PAÍS:</b>                                                                                 |                                   |                |
| <b>BANCO:</b>                                                                                |                                   |                |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA:</b>                                                      |                                   |                |
| <b>NÚMERO DE LA CUENTA DE PAGO:</b>                                                          |                                   |                |
| <b>NÚMERO DE CHEQUE O FOLIO DE TRANSACCIÓN:</b>                                              |                                   |                |
| <b>No. CLABE:</b>                                                                            |                                   |                |
| <b>SWIF/Aba:</b>                                                                             |                                   |                |
| <b>NO LLENAR. PARA USO EXCLUSIVO DE LA TESORERIA</b>                                         |                                   |                |
| <b>FECHA DE LA ACREDITACIÓN DEL PAGO O TRANSFERENCIA BANCARIA:</b>                           |                                   |                |
| <b>FECHA DE ELABORACIÓN Y ENVÍO DE FACTURA:</b>                                              |                                   |                |
| <b>CANTIDAD FINAL ABONADA A CUENTA MxN 7011 - 3679555 CUENTA CONCENTRADORA REFERENCIADA:</b> |                                   |                |
| <b>FACTURA No.:</b>                                                                          |                                   |                |

Si existen dudas en el llenado del formato anterior se le enviará un correo electrónico para corroborar los datos antes anotados con la finalidad de que los revise y apruebe o en su defecto nos indique las correcciones necesarias antes de emitir el comprobante fiscal.