



SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

Datos para facturación

Fecha: _____

Nombre: _____ **RFC:** _____

Calle: _____

Número Ext: _____ **Número Int:** _____ **C.P.:** _____

Colonia: _____

Delegación y/o Municipio: _____ **Estado:** _____

Telefono Fijo: _____ **Teléfono Celular:** _____

Correo Electrónico: _____

Curso/Taller/Anualidad: _____ **Forma de pago:** _____ **Importe:** _____

Nota: FAVOR DE ANOTAR LOS DATOS SIN ABREVIATURAS Y LEGIBLES, DE NO SOLICITAR SU FACTURA AL MOMENTO DE HACER SU PAGO, DEPÓSITO O TRANSFERENCIA, NO SE EMITIRÁ POSTERIORMENTE, ASÍ COMO NO SE FACTURARÁN DEPÓSITOS CON FECHA FUERA DEL MES CORRESPONDIENTE AL QUE SE SOLICITE LA FACTURA.