



CLINICA DE MEDICINA DEPORTIVA, S.A. DE C.V.
SERVICIO DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
TRANSFERENCIA SPEI

FOLIO:

FECHA DE SOLICITUD:

ÁREA DE COSTO:

NOMBRE DEL ORDENANTE:

CLINICA DE MEDICINA DEPORTIVA, S.A. DE C.V.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

RFC DEL BENEFICIARIO:

BANCO DESTINO:

CUENTA /CLABE BENEFICIARIO:

DATOS ADICIONALES:

IMPORTE A TRANSFERIR:

IVA:

TIPO DE MONEDA:

NACIONAL

FECHA DE AUTORIZACION:

___/___/___

CORREO ELECTRONICO:

FACTURA NO:

CONTACTO Y TELEFONO:

DESCRIPCION O CONCEPTO:

ELABORO	AUTORIZO	REALIZO