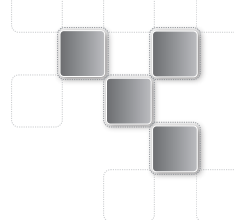




FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

DATOS DE FACTURACIÓN



RAZÓN SOCIAL: _____

RUT DE FACTURACIÓN: _____

GIRO: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

COMUNA: _____

REGIÓN: _____

MONTO A FACTURAR: _____

MODALIDAD DE PAGO: _____

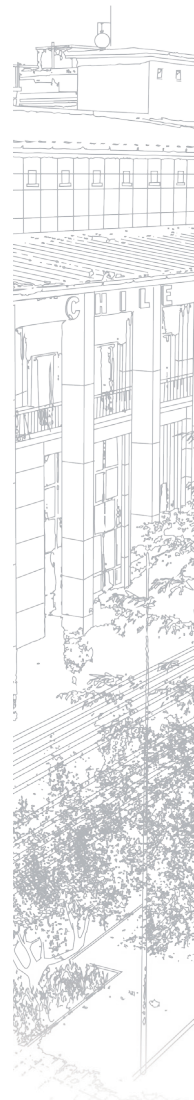
FECHA DE CANCELACIÓN DE FACTURA: _____

E-MAIL DE CONTACTO: _____

ENCARGADO FACTURACIÓN: _____

NOMBRE: _____

FONO: _____ E-MAIL: _____



ADICIONAL FOTOCOPIA SIMPLE POR AMBOS LADOS DE RUT EMPRESA.