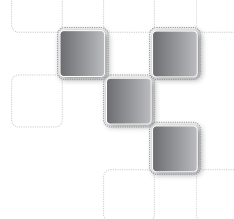




FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# DATOS DE FACTURACIÓN



RAZÓN SOCIAL:

RUT DE FACTURACIÓN:

GIRO:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

COMUNA:

REGIÓN:

MONTO A FACTURAR:

MODALIDAD DE PAGO:

FECHA DE CANCELACIÓN DE FACTURA:

ENCARGADO FACTURACIÓN:

NOMBRE:

FONO:

ADICIONAL FOTOCOPIA SIMPLE POR AMBOS LADOS DE RUT EMPRESA.

