

DATOS COMERCIALES

Razón social:	No de cliente:
Dirección:	Teléfono:
R.F.C.:	Vendedor:
Correo:	

Día	Mes	Año	Hora
-----	-----	-----	------

DATOS DE ENTREGA

Institución:	
Dirección:	
Contacto	Teléfono

Código	Descripción	Cantidad	Precio unitario	Total	Lote	Lote
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

Paciente:				 <p>NOMBRE / SELLO / FIRMA</p>
No. Cuarto:	Folio o episodio:		SUBTOTAL	
Dr.:			I.V.A	
Procedimiento:		FIRMA	TOTAL	