



FORMATO DE REGISTRO

ENVIAR A informes.imumr@gmail.com

FECHA:

NOMBRE:

CENTRO DE TRABAJO:

LICENCIATURA _____ CEDULA PROFESIONAL _____

UNIVERSIDAD DE EGRESO _____

DOMICILIO

COLONIA:

CP.

CIUDAD:

ESTADO:

PAIS:

TELEFONO CON LADA:

E-mail:

MOVIL:

DATOS PARA FACTURACION

RAZÓN SOCIAL:

CALLE: _____ N° _____

COLONIA:

CIUDAD: _____ CP. _____

ESTADO:

RFC:

RÉGIMEN: