

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN – FORMULARIO 10

Por medio de la presente dejo constancia que he leído e interpretado las normas de facturación adjuntas, aceptando y dando mi conformidad sobre lo que allí se establece.

Firma de beneficiario o responsable

Firma y sello profesional / institución