

Programa de discapacidad
Documentación General

CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN - FORMULARIO 10

Fecha: ____ / ____ / ____

Por medio de la presente deixo 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