OT#08/10/15-11162/M.C.

Desamparados
GOBIERNO LOCAL
Solidarios • Comprometidos

MUNICIPALIDAD DE DESAMPARADOS
NÓMINA DE PROVEEDORES
PERIODO FISCAL Nº ________

USO EXCLUSIVO MUNICIPAL

FECHA Y HORA:

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO MUNICIPAL:

SELLO

NOMBRE DEL PATENTADO:

Nº DE CÉDULA (FÍSICA O JURÍDICA):

DIRECCIÓN FÍSICA(SEÑAS):

DISTRITO:

INFORMACIÓN DE PROVEEDORES

Nº DE CÉDULA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	MONTO DE COMPRAS ANUALES

Declaro que la información es cierta y real

FORMULARIOS MUNDO CREATIVO • TEL: 2286-2327

Nombre y Apellidos ________ Firma ________ Nº de Cédula ________ Fecha: ________