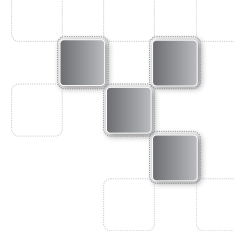




FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# DATOS DE FACTURACIÓN



RAZÓN SOCIAL:

---

RUT DE FACTURACIÓN:

---

GIRO:

---

TELÉFONO:

---

DIRECCIÓN:

---

COMUNA:

---

REGIÓN:

---

FECHA DE CANCELACIÓN DE FACTURA:

---

ENCARGADO FACTURACIÓN:

---

NOMBRE:

---

FONO:

---

ADICIONAL FOTOCOPIA SIMPLE POR AMBOS LADOS DE RUT EMPRESA.

