



**Datos Generales**

Fecha de Elaboración: \_\_\_\_\_

Nombre o razón social: \_\_\_\_\_

Domicilio fiscal de acuerdo con el alta ante S.H.C.P. \_\_\_\_\_

Colonia / población / entidad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Movil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Pág. Web: \_\_\_\_\_

Otros domicilios: \_\_\_\_\_

**Información del proveedor: (marcar con una x)**

Fabricante ( )

Distribuidor ( )

**Giro comercial** \_\_\_\_\_

**Documentación Legal:**

Acta constitutiva: \_\_\_\_\_

R.F.C. Homoclave: \_\_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_

Aviso de inscripción patronal (IMSS) núm. \_\_\_\_\_

Licencia Sanitaria ante Secretaria de Salud núm. \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
(en su caso)

Me obligo a informar de inmediato al Instituto Mexicano del Seguro Social de cualquier modificación a los datos presentados.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma**