**Anexo 11: Consentimiento para el Pago de Facturas de Bienes/Insumos Vía Depósito en Cuenta de Cheques**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del Proveedor Solicitante** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | XXXXXXXXX | | | | | | | | | | | | |
| RFC | XXXXXXXXX | | | | | CURP | | XXXXXXXXX | | | | | |
| **Domicilio Fiscal** | | | | | | | | | | | | | |
| Calle | XXXXXXXXX | | | | No. Ext. | | | | XXXX | | | No. Int | XXXXXXX |
| Colonia | XXXXXXXXXx | | | | Ciudad | | | | XXXXXXXXX | | | | |
| Municipio o Delegación | XXXXXXXXX | | | | Estado | | | | XXXXXXXXX | | | | |
| Código Postal | XXXXXXXXX | Tel. Oficina | XXXXXXXX | | | | | | Fax. | | XXXXXXXXX | | |
| E-mail | XXXXXXXXX | | | Contacto | | | XXXXXXXXX | | | | | | |
| **Datos de la cuenta a la que abonara el pago de factura(s)** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Banco | XXXXXXXXX | | | | Clave | | | | | XXXXXXXXX | | | |
| CLABE | XXXXXXXXX | | | | No. dé cuenta de cheques | | | | | XXXXXXXXX | | | |
| Plaza  (del Banco) | XXXXXXXXX | | | | No. de plaza | | | | | XXXXXXXXX | | | |
| Sucursal | XXXXXXXXX | | | | No. de Suc. | | | | | XXXXXXXXX | | | |
| Estado | XXXXXXXXX | | | | Clave | | | | | XXXXXXXXX | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha | XXXXXXXXX | a | XX | de | XXXXXXXXX | del | XXXX |

En mi carácter de representante legal o titular de la entidad arriba citada, doy mi consentimiento para que ‘Servicios de Salud Jalisco’, deposite en la cuenta de cheques que arriba se indica, el (los) importe(s) que corresponda(n) al pago del número de factura o documento de cobro que ampara(n) los bienes/insumos que este **“ORGANISMO”** reciba de mi (nuestra) parte.

|  |
| --- |
| XXXXXXXXXX |

**Nombre y Firma del Titular y/o Representante(s) Legal(s) de la Entidad**.