

FORMULARIO DE ALTA DE CLIENTES

Favor de llenar el siguiente formulario. **Coloque el cursor sobre cada campo para obtener información. (*) Campos obligatorios.**

Prefijo	Nombre*	Primer apellido*	Segundo apellido
Fecha de nacimiento*		Género	Ocupación
Institución o Empresa			
Dependencia			
Área		Cargo	
Email*		Página Web	
Teléfono	Móvil*	CURP	Fecha de llenado*

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Calle*	No. exterior*	No. interior
Colonia*	Delegación/Municipio	
Ciudad*	Estado*	Código postal*

DATOS DE FACTURACIÓN

Razón social		RFC
Domicilio Fiscal	Mismo que dirección de envío	
Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Delegación/Municipio	
Ciudad	Estado	Código postal

- Cuando termine de capturar la información, oprima el botón GUARDAR para conservar una copia del archivo en su disco local.
- Envíenos el formulario completado por correo electrónico a la dirección que aparece en los pies de página.
- Si desea agregar cualquier comentario, aclaración o información, hágalo en el texto del mensaje.
- Recibirá una confirmación con su número de cliente en 1 o 2 días hábiles.
- Utilice los botones de abajo para restablecer (borrar la información capturada), imprimir o guardar el formulario.

Consulte nuestro aviso de privacidad en: <https://www.labgenmol-fo-unam.com/2019/03/23/aviso-de-privacidad/>

SÓLO PARA USO INTERNO DEL LGM

Procesó formulario: Iniciales

Firma

Fecha

No. de cliente