

PAPAS QUE REQUIEREN DEDUCIR IMPUESTOS

Si realizan sus pagos de colegiatura con cheque, transferencia, deposito bancario o pago con tarjeta debito/crédito; favor de llenar los siguientes datos:

Nombre Completo del padre que solicita factura:

Domicilio: _____

Colonia: _____, C.P.: _____

Municipio: _____; Estado: _____

RFC: _____

CURP: _____

Nombre de su banco: _____

No. De Cuenta: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Alumno: _____

Curp del Alumno: _____

Grado y Grupo: _____

LOS DATOS PERSONALES QUE ENTREGO A ESTA INSTITUCION, SERAN UTILIZADOS UNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA EL CUMPLIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE FACTURACION. ASI TAMBIEN LOS DATOS QUE YO COMO TITULAR PROPORCIONE VOLUNTARIAMENTE A LA INSTITUCION, SE SUJETARAN A LAS POLITICAS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD INTERNA, CON FOLIO DE APROBACION 00000110475 OTORGADO POR EL IFAI.

TODAS LAS FACTURAS SERAN ENVIADAS AL CORREO QUE ANOTE EN ESTA HOJA, SI POR ALGUNA RAZON CAMBIARA ALGUN DATO Y NO INFORMO CON ANTICIPACION; ESTOY DE ACUERDO EN QUE NO PODRE SOLICITAR CORRECCION A FACTURA YA REALIZADA.

ESTOY DE ACUERDO EN QUE DEBERE DE REVISAR MI FACTURA CUANDO ME SEA ENTREGADA, PARA CHECAR ERRORES O INCONSISTENCIAS Y PARA QUE, EN CASO DE EXISTIR ERROR, SEA MODIFICADA DENTRO DEL MES DE FACTURACION.

ESTE FORMATO SERA LLENADO CADA INICIO DE CICLO ESCOLAR Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE HASTA QUE NO LO HAYA ENTREGADO NO PODRAN SER GENERADAS MIS FACTURAS.

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR QUE FACTURA: _____

FIRMA DE CONFORMIDAD: _____

USO DE PLANTEL EXCLUVISAMENTE

FECHA DE ENTREGA: _____

FECHA DE INICIO DE FACTURACION: _____

MONTO QUE PAGA EL SOLICITANTE: _____

NO. DE SERVICIO INTERNO DEL MENOR: _____

NO. DE CLIENTE DEL PADRE SOLICITANTE: _____

PLANTEL DONDE ESTUDIA EL MENOR: _____

MES POR FACTURAR	AÑO EN CURSO	NO. DE FACTURA	COMO HIZO EL PAGO
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
JULIO			
AGOSTO			