

ANEXO 2

FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIOS

Nombre de la Compañía: _____

Lugar de su Constitución: _____

Compañía Matriz: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Correo Electrónico: _____

Punto de Origen	Punto de Destino	CMD Anual (Dth/día)	CMD Sólo Invierno (Dth/día)	CMD Sólo Verano (Dth/día)	Vigencia del Contrato DD/MM/AAAA	
					Inicio	Vencimiento
2						
3						
4						
5						

Formulario de Solicitud de Servicios Presentado por:

Nombre: _____ Puesto: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio de la
Compañía: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Correo Electrónico: _____

El original impreso del formulario de solicitud de servicios debe recibirse en la siguiente dirección:

Atención:
IGASAMEX SAN JOSÉ ITUBIDE, S. de R. L. de C. V.
Bosque de Alisos 47ª piso 5
Col. Bosques de las Lomas, Ciudad de México, C. P. 05120
Tel: 011-52 (55) 5000 5100