

Contra recibo

FECHA

NUMERO

RECIBIMOS DE:

Indek

[illegible]

DIAS	L	M	M	J	V	S	HORARIO		FECHA DE PAGO			
REVISION				X			DE	10 A	HRS.	25	5	24
PAGO				X			DE	10 A	HRS.			
FIRMA									SELLO			
												

ORIGINAL: AMARILLO PROVEEDOR - COPIA BLANCA ANEXAR FACTURA

Office DEPOT.

7 709990 983663