

Contra recibo

FECHA

5 | 12 | 24

NUMERO

RECIBIMOS DE:

Indeks

[illegible]

DIAS	L	M	M	J	V	S	HORARIO		FECHA DE PAGO			
REVISION				*			DE	16 A 17	HRS.	5	1	25
PAGO				*			DE	16 A 17	HRS.			
FIRMA									SELLO			
												

ORIGINAL: AMARILLO PROVEEDOR - COPIA BLANCA ANEXAR FACTURA

Office DEPOT.