

PROGRAMA DE CONCURRENCIA CON LAS ENTIDADES FEDERATIVAS 2019

Hermosillo, Sonora. __ de _____ de 2019

Razon/ Denominación social o Apellido paterno, materno y nombre (persona física)

R.F.C(Persona moral AAA 010101XXX, Persona Física AAAA010101XXX)

Nombre del representante legal

Nombre del banco

Numero de cuenta

Numero de sucursal

Numero Clabe

Declaro bajo protesta de decir la verdad que los datos e información contenidos en el presente formato son verdaderos y doy mi consentimiento para que los pagos derivados de los Apoyos del Programa de Concurrencia con las Entidades Federativas 2019 que me correspondan, sean depositados a la cuenta arriba señalada o mediante la forma que decida el Fideicomiso FOFAES.

Firma del Titular o Representante Legal

Anexo al presente Formato:

Copia del Contrato o Estado de Cuenta o en su caso documento que lo acredita como titular o representante legal e identificación oficial vigente (copia credencial de elector por ambos lados).

Nota:

En caso de que ocurriese algún cambio en la información contenida en este formato, el beneficiario o su representante legal, están obligados a informarlo de inmediato, por lo que el Fideicomiso FOFAES, queda excluido de toda responsabilidad.