

FORMATO DE REGISTRO 2017

Empresas Sector de Productos Médicos



CLÚSTER DE
PRODUCTOS MÉDICOS
DE LAS CALIFORNIAS

Datos de la empresa				
Nombre de la empresa:				
Dirección				
Teléfono				
Página Web				
Número de empleados				
Productos que manufacturan				
Departamento:	Nombre:	Puesto:	Correo Electrónico:	Teléfono directo o ext.
Gerencia				
Recursos Humanos				
Compras				
Producción				
Calidad				
R&D (Innovación)				
Ventas/Marketing				
Sistemas/TI				
Import-Export				
Otro:				
Contacto directo con la empresa.				
Nota: Si es alguno de los que ya están escritos solo indicar el departamento.				

Tipo de membresía solicitada:	Proveedor: <input checked="" type="checkbox"/>	Empresa del sector: <input type="checkbox"/>	Organismo: <input type="checkbox"/>
	Nota: Considerar el IVA correspondiente al 16%.		
Forma de pago:	Pesos: <input type="checkbox"/>		Dólares: <input type="checkbox"/>
	Cheque nacional: <input type="checkbox"/>		Transferencia: <input type="checkbox"/>
	Últimos 4 dígitos de la cuenta bancaria:		
Datos para Facturación <small>(Como aparece en RFC)</small>	Razón Social: (Nombre de la empresa)		
	RFC:	Ciudad / Estado:	

Favor de enviar el presente formato a:

coordinacion@industriamedica.org