

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

<b>Nombre del Agente</b>	
<b>Clave del Agente</b>	

A quien corresponda,

Por medio del presente, solicito el (los) cambio del (los) siguiente(s) datos (favor de marcar **(x)** todos los cambios que desee aplicar):

<b>Cambio solicitado</b>	<b>Datos nuevos</b>
<input type="radio"/> Teléfono celular	_____
<input type="radio"/> Teléfono de oficina	_____
<input type="radio"/> Correo electrónico	_____
<input type="radio"/> Datos bancarios	_____
<input type="radio"/> Domicilio fiscal	_____

Se adjunta la siguiente documentación (favor de marcar **(x)** el documento adjunto):

- Para cambio de datos bancarios, se adjunta el estado de cuenta bancario
- Para cambio de domicilio fiscal, se adjunta la constancia de situación fiscal

Se acompaña por alguno de los siguientes documentos:

- Estado de cuenta a nombre del contribuyente proporcionado por las instituciones del sistema financiero, no mayor a 4 meses, no es necesario que se exhiba pagado.
- Último recibo del impuesto predial a nombre del contribuyente, no mayor a 4 meses, tratándose de recibo anual deberá corresponder al ejercicio en curso, no es necesario que se exhiba pagado.
- Último recibo de los servicios de luz, gas, televisión de paga, internet, teléfono o de agua a nombre del contribuyente, no mayor a 4 meses, no es necesario que se exhiba pagado.
- Contrato de arrendamiento.

--

<b>Firma del Agente</b>

Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.  
Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, CP 66269,  
San Pedro Garza García, N.L., México | Tel. (81) 8647 0306