



Datos Generales:

Tipo de Proveedor:

Micro

Pequeña

Mediana

Grande

R.F.C.: _____

C.U.R.P.: _____

Nombre o Razón Social: _____

Nombre Comercial: _____

Domicilio Fiscal: _____

Calle y No.

Colonia

C.P.

Municipio o Delegación

Ciudad

Estado

Teléfono (s): _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

Domicilio de Sucursal y Bodega: _____

Calle y No.

Colonia

C.P.

Municipio o Delegación

Ciudad

Estado

Teléfono (s): _____

Fax: _____

Nombre de Encargado de Sucursal o Bodega

Representante Legal: _____ Teléfono (s): _____

Especialidad en la que desea participar: _____

Actividades principales:

- A) _____
- B) _____
- C) _____

Encargado de Ventas: _____

REDACCIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS:

"Los datos personales recabados serán utilizados por personal de este Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales, para su identificación como proveedor de la Secretaría de Salud y O.P.D. Salud de Tlaxcala y poder realizar las gestiones que se deriven de cualquier relación comercial. Lo anterior en observancia a lo establecido en la Ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados del Estado de Tlaxcala y de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Tlaxcala que establece los derechos y obligaciones para el tratamiento administrativo y publicación de datos personales".

Firma del Representante Legal

Los datos señalados en la solicitud son bajo protesta de decir verdad.

Nota: La vigencia en el registro del Padrón de Proveedores de la Secretaría de Salud y O.P.D. Salud de Tlaxcala será hasta el 31 de diciembre de 2026, reservándose el Departamento de Recursos Materiales de la Secretaría de Salud el derecho de solicitar información adicional o complementaria cuando lo considere necesario.

Para uso exclusivo del Departamento de Recursos Materiales

Autorizó

C. DIANA LAURA ZAVALETAS RODRÍGUEZ
Jefa del Departamento de Recursos Materiales
del O.P.D. Salud de Tlaxcala

Fecha