Facultad de Medicina

*SOLICITUD DE DEPÓSITO BANCARIO **PARA***
EL PAGO DE REMUNERACIONES

DATOS DEL TRABAJADOR

ESTE FORMATO **DEBERÁ** SER ENTREGADO EN LAUNIDAD ADMINISTRATIVA DE SU DEPENDENCIA

Nombre:_____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

No. Empleado:_____ R.F.C.:_____ Dependencia: Facultad de Medicina

Nacionalidad:_____ Sexo:_____ Estado Civil:_____

Teléfono Oficina:_____ Teléfono particular:_____

Lugar de nacimiento:_____ Firma del interesado:_____

PARA PERSONAL CON **CUENTA EXISTENTE**

DATOS DEL BANCO

Nombre del banco:_____

No. de cuenta:_____ No. de Suc.:_____

Nota: es indispensable que el trabajador sea titular de la cuenta

Tipo de cuenta:

Tarjeta de débito:☐ Cuenta maestra:☐ Cuenta de cheques tradicional:☐

Anexar documento que compruebe que la cuenta está a nombre del trabajador

(Contrato o estado de cuenta)