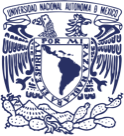
****

*DEPÓSITO BANCARIO* ***PARA***

*EL PAGO DE REMUNERACIONES*

**DATOS DEL TRABAJADOR**

ESTE **FORMATO DEBERÁ** SER ENTREGADO EN LA UNIDAD 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

(Carátula de Estado de Cuenta)