****

***SOLICITUD DE 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)