

158
5652
69

RECIBO DE GASTOS.

RECIBÍ DE LA PRESIDENCIA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE RAYÓN, S.L.P. A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN GENERAL DEL SMDIF, LA CANTIDAD DE:

Solicitud anexa: _____

Por concepto de: compra de medicamento.

Que será reembolsado: _____

Que será comprobado: _____

MINISTRACIÓN DE REFERENCIA SE HACE POR ORDEN DE LA C. NIDIA BERENICE BALBONTIN ZAMUDIO, PRESIDENTA DEL SMDIF DE RAYON, S.L.P.

RAYÓN, S.L.P. A 18 DE Febrero DEL 2019.

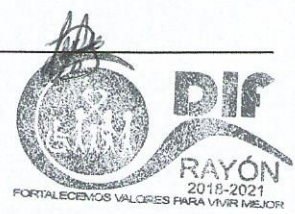
FIRMA DE RECIBIDO:

Recibido

ENTREGO:

[Handwritten signature]

C. MARIA EDITH HAYAKAWA CAMARGO.
COORDINADORA DEL SMDIF DE RAYON, S.L.P.



AUTORIZO:

[Handwritten signature]

C. NYDIA BERENICE BALBONTIN ZAMUDIO.
PRESIDENTA DEL SMDIF DE RAYON, S.L.P.



A 18 DE Febrero DE 2019.

ASUNTO: SOLICITUD.

C. LEM. NYDIA BERENICE BALBONTIN ZAMUDIO.
PRESIDENTAN DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE RAYON, S.L.P.

PRESENTE:

POR MEDIO DEL PRESENTE ESCRITO ME PERMITO MANDARLE UN CORDIAL SALUDO Y DE LA MANERA MÁS ATENTA SOLICITO SU APOYO Y DE LA INSTITUCIÓN QUE DIGNAMENTE PRESIDE,
PARA la compra de mis medicamentos que son muchos
por mis enfermedades y no me alcanza económicamente
para comprarlos todos los que me son necesarios.

SIN OTRO PARTICULAR POR EL MOMENTO, QUEDO DE USTED COMO SU ATENTO Y SEGURO SERVIDOR,
AGRADECIENDO DE ANTEMANO LA ATENCIÓN PRESTADA AL PRESENTE.

ATENTAMENTE.

