**ANEXO IV**

manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos aquí asentados, son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para realizar a nombre y representación de

actividades comerciales con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

**DATOS GENERALES**:

|  |
| --- |
| Registro Federal de Contribuyentes  C.U.R.P.:  Domicilio Fiscal:  Calle, número Tipo de vialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Colonia: Alcaldía o Municipio:  Código Postal: Entidad Federativa:  Clave de la localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clave del Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: Correo Electrónico:  Página web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Descripción del Objeto Social:  Tipo de estratificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DATOS BANCARIOS**:

Institución Bancaria:

Cuenta, Sucursal y Plaza:

Clave Interbancaria:

**SOLO**

**PERSONAS**

**MORALES**

**DATOS CONTRACTUALES**:

Número y fecha de Escritura Pública en la que consta su acta constitutiva:

Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se dio fe de la misma:

Registro Público de Comercio:

Relación de accionistas. Apellido Paterno Apellido Materno: Nombre(s):

Número y Fecha de Escritura Públicas por Reformas al Acta Constitutiva:

Nombre del apoderado o representante:

Número y fecha de escritura mediante el cual acredita el poder y facultades:

CDMX, a de 20

**PROTESTO LO NECESARIO.**

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL