



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

México D. F., a _____ de _____ de _____

SR.

Presente:

POR LA PRESENTE OTORGO A _____

PODER AMPLIO, CUMPLIDO Y BASTANTE, PARA QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN, COBRE EL (LOS) CHEQUE(S) CORRESPONDIENTE(S) A LA(S) QUINCENA(S) _____

Y ASÍ MISMO PARA QUE REALICE CUALQUIER GESTIÓN ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS O ACADÉMICAS UNIVERSITARIAS COMPETENTES, EN CASO DE TENER QUE LLEVAR A CABO TRÁMITES PARA LA OBTENCIÓN DE DICHOS PAGOS O SERVICIOS.

ACEPTO EL PODER

Nombre _____

R.F.C. _____

Dirección _____

TESTIGOS

Nombre

R.F.C. _____

Dirección _____

OTORGANTE

Nombre _____

R.F.C. _____

Dirección _____

TESTIGOS

Nombre

R.F.C. _____

Dirección _____

DEPENDENCIA

Vo.Bo.

DIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS

Nombre

D.G.F. 12-86-0



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

México D. F., a _____ de _____ de _____

SR.

Presente:

POR LA PRESENTE OTORGO A _____

PODER AMPLIO, CUMPLIDO Y BASTANTE, PARA QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN, COBRE EL (LOS) CHEQUE(S) CORRESPONDIENTE(S) A LA(S) QUINCENA(S) _____

Y ASÍ MISMO PARA QUE REALICE CUALQUIER GESTIÓN ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS O ACADÉMICAS UNIVERSITARIAS COMPETENTES, EN CASO DE TENER QUE LLEVAR A CABO TRÁMITES PARA LA OBTENCIÓN DE DICHOS PAGOS O SERVICIOS.

ACEPTO EL PODER

Nombre _____

R.F.C. _____

Dirección _____

TESTIGOS

Nombre

R.F.C. _____

Dirección _____

OTORGANTE

Nombre _____

R.F.C. _____

Dirección _____

TESTIGOS

Nombre

R.F.C. _____

Dirección _____

DEPENDENCIA

Vo.Bo.

DEPENDENCIA

Nombre

D.G.P. 12-86-0



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

México D. F., a _____ de _____ de _____

SR.

Presente:

POR LA PRESENTE OTORGO A _____

PODER AMPLIO, CUMPLIDO Y BASTANTE, PARA QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN, COBRE EL (LOS) CHEQUE(S) CORRESPONDIENTE(S) A LA(S) QUINCENA(S) _____

Y ASÍ MISMO PARA QUE REALICE CUALQUIER GESTIÓN ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS O ACADÉMICAS UNIVERSITARIAS COMPETENTES, EN CASO DE TENER QUE LLEVAR A CABO TRÁMITES PARA LA OBTENCIÓN DE DICHOS PAGOS O SERVICIOS.

ACEPTO EL PODER

Nombre _____

R.F.C. _____

Dirección _____

TESTIGOS

Nombre

R.F.C. _____

Dirección _____

OTORGANTE

Nombre _____

R.F.C. _____

Dirección _____

TESTIGOS

Nombre

R.F.C. _____

Dirección _____

DEPENDENCIA

Vo.Bo.

INTERESADO

Nombre