



FORMULARIO ACTUALIZACIÓN INFORMACION DEL PROVEEDOR

NOMBRE PROVEEDOR: _____

NUMERO DE PROVEEDOR: _____

SOLICITO CAMBIO DE:

Marque el cambio	Opción deseada
	Dirección postal
	Dirección física
	Teléfono
	Fax
	E-mail

Dirección postal actual: _____

Dirección física actual: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de E-mail: _____

Horario de oficina:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados	Domingo

Favor de enviar por fax a: (787) 772-4200

ó por correo a:

Departamento de Proveedores COSVIMED

PO BOX 363428, San Juan PR 00936

FIRMA

FECHA