



REGISTRADO
 REEMBOLSO
 SEGURO
 AVISO

SR (A) _____
 CALLE _____
 COLONIA _____
 LUGAR _____ C.P. _____
 NÚMEROS: ORIGEN _____ ORDEN _____

Le ruego pasar a recibir el (los) registrado(s) de referencia que estarán a su disposición por _____ días.

Atentamente
EL ADMINISTRADOR



OFICINA DE ENTREGA

 (SELLO MOD. 5)

VALOR ASEGURADO \$ _____ PESO: _____

HORARIO DE ATENCIÓN: DE _____ A _____

PREFIERA PARA IDENTIFICACIÓN

A La cartilla de identidad postal o tarjeta SPM-282

B Cédula Profesional

C Pasaporte vigente

D Credencial de Elector con Fotografía

FIRMA DE CONOCIMIENTO SI LA IDENTIFICACIÓN NO CUBRE LOS REQUISITOS

NOMBRE Y FIRMA

SELO DE EMPRESA O INSTITUCIÓN

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

Firma del destinatario o apoderado

ESTAMPILLAS

Como no puedo asistir AUTORIZO a:

Para que a mi nombre y representación, tramite y recoja lo notificado en este Aviso.

_____ a _____ de _____ 20 _____

FIRMA DEL DESTINATARIO

FIRMA DEL APODERADO

REMITENTE

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

LUGAR _____ C.P. _____

PARA EL SERVICIO DE REEMBOLSO

NOMBRE DE LA OFICINA PAGADORA

GIRO No. _____

FECHA DE EXP. _____

IMPORTE \$ _____