Nombre del proveedor:

Completar la información para acordar los costos y pago de sus servicios.

*Si lo necesita, agregue todos los conceptos y campos que no estén mencionados aquí.*

|  |  |
| --- | --- |
| **CONCEPTO BÁSICOS** | **COSTOS SIN I.V.A.** |
| **Servicios locales:** |
| Costo de visita mínimo (salida) | $ |
| Costo por servicio cancelado al momento (antes de 15 minutos) | $0.00 |
| Costo por servicio cancelado posterior (después de 15 minutos) | $ |
| **Costos para servicios foráneos** **(en caso de que aplique)** |
| Costo por kilómetro recorrido | $ |

Si usted ya cuenta con Costos Fijos para poblaciones (municipio o delegaciones) fuera de su zona local, por favor enlistarlos.

|  |  |
| --- | --- |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  |  |
|  |  |

Sírvase complementar toda aquella información que considere necesaria para tener claridad en su forma de cobro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Proveedor: Nombre y Firma del Titular**

**Fecha:**