



No. EXPEDIENTE
CECANOT-CCC-CP-2019-0014
No. DOCUMENTO
Click here to enter text.

Nombre del Capitulo y/o dependencia gubernamental

Seleccione la fecha

Página 1 de 1

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Ó UNIDAD FUNCIONAL QUE GENERA EL FORMULARIO

LUGAR DEL ACTO: (Departamento de Compras y Contrataciones)

FECHA: 20/09/2019 09:00 a. m.

HORA: (9:30 am hasta la 3:00 Pm)

Nombre y Apellido	Representante de:	Cargo o Relación	Adjunta Acreditación S/N	Firma
<i>Melina A. González Postone</i>	<i>Quafonos Lq.</i>	<i>Gerente Ventas</i>	<i>Sobre A/B</i>	<i>[Signature] 9:45 AM</i>
<i>Mauricio A. Domínguez A.</i>	<i>Farmaco Internacional, S.R.L.</i>	<i>Ejecutivo de Ventas</i>	<i>Sobre A/B</i>	<i>[Signature] 11:20 AM</i>