

F05-RL

RECEPCIÓN DE LENTES

GUADALAJARA, JALISCO _____ de _____ del 20_____

El que suscribe Director(a) de la

ESCUELA: _____

CCT: _____ **TURNO:** _____ **ZONA:** _____

SECTOR: _____

Con domicilio en: _____

Con teléfono(s): _____

Recibo la cantidad de _____ lentes.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (A) DEL CENTRO ESCOLAR

SELLO