

TSS-DAF-CM-2024-0046

**No. EXPEDIENTE**

Tesorería de la Seguridad Social



Click here to enter text.

**No. EXPEDIENTE**

**SNCC.F.056**

agosto de 2024

Seleccione la fecha

formulario de entrega de muestras

Página **1** de **1**

**Nombre del Oferente:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renglón No.** | **Código** | **Descripción** | **Unidad de****medida** | **Muestra Entregada** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello

(Persona o personas autorizadas a firmar en nombre del Oferente)