

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LUJAN
CENTRO DE ASISTENCIA TÉCNICA**

SOLICITUD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA TÉCNICA Y CONSULTORIA

Contrato N°

Solicitante					
Domicilio					
	Calle y N°	Localidad	C.P.	TE	Fax
Email:	CUIT:				
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO:					
DOCENTE(S):					
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:					
PLAZO DE EJECUCIÓN:					
COSTO TOTAL:					
FORMA DE PAGO(1): El pago seria en efectivo y/o transferencia bancaria.					
OBSERVACIONES:					

CONFORMIDAD DEL SOLICITANTE		
		Firma y Sello
Lugar y fecha: <i>Luján,</i>		

CONFORMIDAD DE LA UNLu		
Responsable	Cargo	Firma y Sello
	<i>Centro de Asistencia Técnica</i>	
Lugar y fecha: <i>Luján,</i>		

(1) Emitir cheques a la orden de la Universidad Nacional de Luján