



## DATOS DE LA CUENTA

**Banco:** Inbursa

**Cuenta:** 50038868270

**Nombre:** CONSEJO NACIONAL DE SALUDPUBLICA AC

**Clabe:** 036180500388682709

Enviar su ficha de depósito con nombre.

Si requiere factura favor de solicitarla en el mes correspondiente a su pago enviando el comprobante y datos fiscales al correo [contacto@cnsaludpublica.com.mx](mailto:contacto@cnsaludpublica.com.mx) fecha límite de solicitud 28 de cada mes.

 55 5574 4188

 [contacto@cnsaludpublica.com.mx](mailto:contacto@cnsaludpublica.com.mx)

 [cnsaludpublica.com.mx](http://cnsaludpublica.com.mx)