

"Aviso Reporte Hospitales"

BIMESTRE QUE SE INFORMA: 0

Fecha 8 de marzo de 2022

Datos del hospital, clínica o sanatorio.

Nombre o razón social	Hospital XXX SA de CV
R.F.C.:	0
Calle:	0
Número interior:	0
Número exterior	0
C.P.	0
Colonia	0
Ciudad o Municipio	0
Estado	0
Teléfono(s):	0
Correo(s):	0

Declaración Informativa:

Cantidad total en el bimestre	0
-------------------------------	---

Importe recaudado y/o retenido	\$ -
--------------------------------	------

Importe no recaudado ni retenido	\$ -
----------------------------------	------

Datos del representante Legal del Recaudador/informador. Y firma del médico prestador de servicio

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)
(XXXXXXXXXXXX) (XXXXXXXXXX) (XXXXXXXXXXXX)

Registro Federal de Contribuyentes
(XXX0101001)

Firma del Contribuyente o Representante Legal

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos que se proporcionan en esta declaración se apegan a la realidad.

Con fundamento en el cuarto párrafo del artículo 40 de la Ley de Hacienda del Estado de Tabasco, este formato deberá ser proporcionada bimestralmente a más tardar los días 20 de los meses de: marzo, mayo, julio, septiembre, noviembre, así como de enero del siguiente año en las oficinas de la Dirección Técnica de Recaudación de la Subsecretaría de Ingresos de la Secretaría de Finanzas, sita en Paseo de la Sierra No. 435, Colonia Reforma, C.P. 86080, Villahermosa, Tabasco, acompañando de un dispositivo electrónico con la información concentrada en el archivo Excel.

La información proporcionada se considera confidencial o reservada, en los términos del artículo 56 de Código Fiscal del Estado de Tabasco y se encuentra protegida en términos de los artículos 24, 25 fracción VI, 121 fracción XIII y 124 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Tabasco y 36, 48 y 88 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Tabasco, y está protegida por el derecho fundamental a la privacidad.