

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

Formato de Cancelación o Cambio de Servicio

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA CANCELACIÓN O CAMBIO:

Nombre: _____

Secretario Director Coordinador

Unidad Académica o Administrativa

Firma

Teléfono/Ext: _____ Correo Electrónico: _____

DATOS DEL EVENTO :

Nombre: _____

Fecha: _____ Hora de inicio: _____ horas Hora de término: _____ horas

Responsable del evento: _____

Teléfono/Ext: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

MOTIVO DE LA CANCELACIÓN O CAMBIO

Cambio de fecha Cambio de sede Cancelación

Observaciones: _____

NOTA IMPORTANTE:

- * En caso de algún cambio en los auditorios Emiliano Zapata o César Carrizales favor de comunicarse a la Ext. 7010 para verificar disponibilidad en nuestra agenda.
- * Este formato de cancelación deberá ser entregado en la oficina de Logística y Eventos, 2 días antes del evento para realizar los ajustes correspondientes en nuestra agenda, el cual será entregado en un horario de 8:00 a 15:00 horas de lunes a viernes en días hábiles de acuerdo al calendario de la UAEM.

Sello de Recibido