AMBULANCIAS Y/O UNIDADES REGISTRADAS

Grupo / Empresa de Ambulancias: _____ Hoja ____ de ____.

CANTIDAD	CLASE DE VEHÍCULO (Ambulancia, Rescate, otras)	CARACTERÍSTICAS (Cuidados Intensivos, Primera Respuesta, otras)	MODELO (Registro COFEPRIS)	TIPO DE COMBUSTIBLE

Nombre y Firma del Director y/o Representante legal

_____