



2. Las solicitudes aprobadas se reembolsarán por cheque.

|   |                          |                 |               |
|---|--------------------------|-----------------|---------------|
| Por favor complete la siguiente información | Fecha Enviada:           |                 |               |
| Nombre de la empresa                        | Número de Cliente de AST |                 |               |
| Dirección                                   | Ciudad                   | Estado/<br>País | Código Postal |
| Persona Encargada                           | Teléfono<br>(        )   |                 |               |

## ACTIVIDADES DE MDF

| Descripción                          | Fecha | Costo |
|--------------------------------------|-------|-------|
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
|                                      |       |       |
| <b>Cantidad Total para Reembolso</b> |       |       |