



TLALNEPANTLA DE BAZ ESTADO DE MEXICO A__ DE__ DE 2025.

UVAMUN

Nombre del establecimiento: _____

Dirección del establecimiento: _____

Hechos (Giro): _____

Quejosos: _____

Número telefónico y correo electrónico: _____

Croquis de ubicación:

Días y horarios de funcionamiento: _____

