(Fecha)

(Nombre del administrador del contrato)

División de Salud Materna, Infantil y Adolescente

Sección de asignación y financiación igualada

CORREOS. Box 997420, MS 8305

Sacramento, CA 95899-7420

ACUERDO DE SALUD MATERNA, INFANTIL Y ADOLESCENTE # 000000 - (NOMBRE DE LA AGENCIA)

Adjunto para el pago está nuestro número de factura (trimestral / mensual) # 00 para el programa (MCAH / BIH / AFLP) por un monto de $ (monto de la factura), que cubre el período que comienza (Fecha) y finaliza (Fecha) para los servicios prestados de conformidad con los términos y condiciones establecidos en el Acuerdo de asignación de MCAH mencionado anteriormente.

Tenga en cuenta que cualquier desviación del último presupuesto aprobado debe abordarse en detalle en este párrafo.

Según lo requerido por el convenio de asignación de MCAH, también se ha enviado la versión electrónica de esta factura. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud de pago de la factura, comuníquese con (la persona de contacto), (Título de contacto), al (Número de teléfono de contacto) o por correo electrónico a (Dirección de correo electrónico de contacto).

Sinceramente,