



**DIRECCIÓN GENERAL DE AVIACIÓN CIVIL  
CENTRO DE EVALUACIÓN MÉDICA - CEMAC  
ORDEN DE RECAUDACIÓN**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Nro. DE CÉDULA /RUC	Nro. TELÉFONO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
<b>OPCIONAL</b> EN EL CASO DE REQUERIR LA FACTURA A NOMBRE DE OTRA PERSONA INDICAR DATOS.	NOMBRES COMPLETOS: _____ C.I _____ DIRECCIÓN : _____ TELF: _____ E-MAIL: _____		
VALOR CANCELADO (VALORES REVISAR EN LA PAG. WEB DE LA DGAC.  ENLACE CENTRO DE EVALUACIÓN MÉDICA).  USD. _____	INDIQUE LA CLASE DE EXAMEN POR EL CUAL ESTÁ PAGANDO (EJEMPLO) -CLASE- I ... USD 88.56 -CLASE II...USD 77.56 -CLASE III... USD 66.96 -CURSO INICIAL USD 150.00 -ALUMNO PILOTO/PILOTO LICENCIA EXTRANJERA USD 150.00 -COPIA SIMPLE USD 3.39 -COPIA CERTIFICADA USD 6.78 -DUPLICADO CERTIFICADO MÉDICO USD 7.56	CLASE: _____ CONCEPTO _____ _____ _____ _____	

**NOTA: ADJUNTAR A ÉSTE FORMULARIO EL COMPROBANTE DE DEPÓSITO O TRANSFERENCIA. ENVIAR AL CORREO ELECTRÓNICO DE / [recaudaciones@aviacioncivil.gob.ec](mailto:recaudaciones@aviacioncivil.gob.ec) [paul\\_ulloa@aviacioncivil.gob.ec](mailto:paul_ulloa@aviacioncivil.gob.ec)**