|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| DIA | MES | AÑO |

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN**

NO SE PUEDE CANCELAR LA INSCRIPCIÓN, SÓLO SE PUEDE POSFECHAR

DEPOSITAR BANORTE CTA: 0647461886 Ó CLABE 072180006474618860

A NOMBRE DE ILECC CONSULTORIA SA DE CV

|  |
| --- |
| **DATOS COMPLETOS DEL CURSO SOLICITADO** |
| NOMBRE DEL CURSO:  |
| FECHA Y HORARIO DEL CURSO : |
| LUGAR SOLICITADO PARA EL CURSO: INSTALACIONES DEL INSTITUTO  |

**DATOS DE FACTURACIÓN**

|  |
| --- |
| NOMBRE FISCAL: |
| DOMICILIO FISCAL:  |
| RFC (Con Homoclave) | GIRO DE LA EMPRESA: |
| CD. | EDO: | C.P: |

**DATOS DE LOS PARTICIPANTES**

|  |
| --- |
| NOMBRE COMPLETO: |
| TITULO PROF: | EMPRESA  |
| PUESTO:  | DEPTO. |
| TELEFONO: | EXT | E-MAIL |
| CURP | EXPERIENCIA LABORAL |

|  |
| --- |
| NOMBRE COMPLETO: |
| TITULO PROF: | EMPRESA  |
| PUESTO:  | DEPTO. |
| TELEFONO: | EXT | E-MAIL |
| CURP | EXPERIENCIA LABORAL |

|  |
| --- |
| NOMBRE COMPLETO: |
| TITULO PROF: | EMPRESA  |
| PUESTO:  | DEPTO. |
| TELEFONO: | EXT | E-MAIL |
| CURP | EXPERIENCIA LABORAL |