|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 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 | |