**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

### **Favor de requisitar y enviar con comprobante de depósito a:** **ilecc.contacto@gmail.com** y a **contacto@ilecc.com.mx**

Depositar en Banorte en la **Cta.0647461886**

A nombre de: ILECC CONSULTORIA SA DE CV ó Transferencia bancaria: **CLABE 072180006474618860**

|  |
| --- |
| **DATOS COMPLETOS DEL CURSO SOLICITADO.****Por favor llene los campos, según el curso de su interés** |
| NOMBRE DEL CURSO:  | Modalidad elegida | presencial: |  | cantidad de participantes |  |
| en línea de autoaprendizaje: |  |  |
|  en línea tutorado: |  |  |
|  LLENAR SÓLO SI EL CURSO QUE REQUIERE ES PRESNECIAL | Fecha requerida para el curso | del \_\_\_ al \_\_\_ de 202\_\_ | Elija sí o no, si está de acuerdo con el número de horas del curso. | si | no¿En cuántas horas le gustaría que se impartiera el curso?En \_\_\_ horas. |
| sin definir aún: |
| Instalaciones en que requiere el curso  | Del instituto ILECC | Si: | sin definir aún: |
| Instalaciones del solicitante |  Si: | sin definir aún: |
| Dirección en la que desea que se imparta el curso:  |  |

**DATOS DE FACTURACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Razón social: |  | Giro de la empresa:  |  |
| Domicilio fiscal:  |   |
| RFC (Con Homoclave) |  | Teléfonos de contacto (agregar extensión): |   |
| e-mail del área de contabilidad o al que desea que se envíe su factura: |  | Tipo de gasto: |   | Forma de pago: |  |

**DATOS DE LOS PARTICIPANTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **Puesto** | **Área** |  **CURP** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | agregar más filas si es necesario |