**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

### **Favor de requisitar y enviar con comprobante de depósito a:** [**ilecc.contacto@gmail.com**](mailto: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 |