

## Certificaciones Internacionales

Nombre:		Apellidos:	
Edad:		Ciudad de Residencia:	
Celular:	( )	Teléfono fijo:	( )
Email:		Universidad de procedencia:	
Especialidad/ Estudiante			

Nombre de la certificación:	
Sede de interés:	

Datos de Facturación:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_ NO.EXT \_\_\_\_\_ NO.INT \_\_\_\_\_

COL \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ CIUDAD/MUNICIPIO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ USO CFDI \_\_\_\_\_

### Instrucciones de depósito:

Razón social: INST ALCALA DE CIENCIAS Y  
ESP DE LA SALUD MEX S DE RL DE CV.  
Banco: BBVA Bancomer  
RFC: IAC1304155F2  
Plaza: Centro Bancomer  
No. Cta: 0193405729  
Clabe Interbancaria: 012180001934057298

Forma por la que se enteró del curso: