



DIPLOMADO EN ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE VIH-SIDA E ITS

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Nombre:

Dirección:

Tel _____ **_Cel.** _____ **Mail:** _____

Fecha de nacimiento:

Escolaridad:

Ocupación:

Lugar trabajo:

En caso de una emergencia (nombre y tel)

Papelería Entregada:

___ **FOTOS TAMAÑO CREDENCIAL**
___ **CARTA DE EXPOSICION DE MOTIVOS**
___ **CARTA COMPROMISO**

Modalidad de pagos

___ **Pago total** ___ **2 Pagos** ___ **Mensuales** ___ **Por sesión**

Requiero factura: ___ **si** ___ **no**

Nombre / Razón Social:

RFC:

Domicilio Fiscal:

Banco HSBC

Nombre Centro Regiomontano en Sexología CRESEX AC

de cuenta 4043250869