



DIPLOMADO EN SALUD SEXUAL

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