**FORMATO DE INSCRIPCIÓN**

**TALLER**

**PROCESO DE ACREDITACIÓN A DISTANCIA**

**ACTUALIZACIÓN Y FORMACIÓN DE EVALUADORES**

## Favor de anotar nombre tal y como desee que aparezca en su Constancia y enviar a [comaef@gmail.com](mailto:1reunioninternacional@gmail.com) y [comaef@comaefac.org.mx](mailto:comaef@comaefac.org.mx)

Fecha indique la fecha de llenado

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre (s) | Escriba su Nombre(s) |
| Apellidos | Escriba sus apellidos |
| Empresa/Institución | Nombre de la Empresa |
| Cargo | Cargo |
| Teléfono directo | Número a diez dígitos |
| Correo electrónico | Correo de contacto |

En caso de requerir recibo llenar los siguientes datos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RAZÓN SOCIAL: | Razón social completa | |
| DOMICILIO FISCAL Domicilio fiscal | | |
| COLONIA: Colonia | | LOCALIDAD o MUNICIPIO: Localidad |
| CÓDIGO POSTAL: Código postal | | TELÉFONO: Número a diez dígitos |
| CONTACTO: Contacto para el envío de la factura | | |
| E-MAIL Correo para envío de factura | | |
| De ser más de un asistente por Institución o Empresa favor de indicar si se elabora el recibo por: | | |
| **NOTA: Anexar copia del RFC de la Empresa o Institución y del Depósito Bancario.** | | |
| En caso de realizar transferencia Bancaria anotar la fecha y los últimos 4 dígitos de la cuenta:  Cuatro dígitos | | |

|  |
| --- |
| **COSTO $3,000.00 + IVA por Persona**  **Formas de pago** (solo en moneda nacional)**:**  **BANCO BBVA BANCOMER**  **A nombre del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Farmacéutica, A.C.**  Deposito cuenta: **0112149095, sucursal 3452**  Transferencias clabe interbancaria: **012180001121490956, sucursal 3452** |