**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 y 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** |