 **REUNIÓN DE LA**

**“LA TRIPLE HÉLICE EN FARMACIA**”

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Favor de anotar nombre tal y como desee que aparezca en su Constancia y enviar a comaef@gmail.com

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre (s) |  |
| Apellidos |  |
| Empresa/Institución |  |
| Cargo |  |
| Teléfono directo |  |
| Correo electrónico |  |

En caso de requerir recibo llenar los siguientes datos:

|  |
| --- |
| RAZÓN SOCIAL:  |
| DOMICILIO FISCAL  |
| COLONIA:  | DELEGACIÓN O MUNICIPIO: |
| CÓDIGO POSTAL: | TELÉFONO: |
| CONTACTO: |
| E-MAIL  |
| De ser más de un asistente por Institución o Empresa favor de indicar si se elabora el recibo por: \_\_\_\_\_\_\_Persona ó \_\_\_\_\_\_\_Una por empresa o Institución. |
| **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: |

|  |
| --- |
| **Formas de pago** (solo en moneda nacional)**:**A **Nombre de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Farmacia, A.C.**Deposito: **Banco SANTANDER, Suc. 5544 Plaza universidad, Cuenta 92-000602271**Transferencias: **Banco SANTANDER, Suc. 5544 Plaza universidad,** **Clabe 014180920006022719** |