

Formato de Registro

Datos

Nombre completo: _____

Institución: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de contacto: _____

Edad: _____ Género: _____ Grado de estudios: _____

Forma de Pago

Depósito o transferencia: _____ Pago por PayPal: _____

Monto de pago: \$900.00 MXN

**Recuerda que en el concepto de pago deberás colocar tu nombre completo.*

Datos de facturación

(en caso de requerir factura)

Razón social: _____

RFC: _____

Correo para envío de factura: _____

Calle: _____ Col: _____

No. Ext. _____ No. Int. _____ Alcal. o Mpio. _____

Ciudad de estado: _____ CP. _____

**Anexar constancia de situación fiscal*

Más información:

Tel: 55 5260 6537
info@cipm.org.mx

