

**FAVOR DE LLENAR LOS** **DATOS DE**

**INSCRIPCIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Participante** |  | | |
| **Profesión** |  | | |
| **Reg. CCP.** |  | | |
| **Domicilio** |  | | |
| **Ciudad/Estado** |  | **Colonia** |  |
| **Alcaldía/Municipio** |  | | |
| **Código Postal** |  | | |
| **Teléfono Celular** |  | | |
| **Teléfono Particular** |  | | |
| **Correo Electrónico** |  | | |
| **Nombre Participante** |  | | |
| **Correo Electrónico y teléfono** |  | | |

DATOS DE FACTURACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| **Razón Social o nombre** |  |
| **R.F.C.** |  |
| **Domicilio** |  |
| **Colonia** |  |
| **Ciudad/Estado** |  |
| **Alcaldía/Municipio** |  |
| **Código Postal** |  |
| **Correo Electrónico** |  |
| **Teléfono/Ext.** |  |
| **Uso de CFDI** |  |
| **Régimen Fiscal** |  |

**Formas de Pago:**  Por medio de Cheque a nombre de: **Centro Mexicano de Estudios en lo Penal Tributario A.C.**

**Por medio de transferencia interbancaria a las siguientes cuentas:**

Banco: **Scotiabank**

No. de cuenta: **00105913991**

Clabe interbancaria: **04418000 1059139917**

Nuestro RFC: **CME1405091R4**

Banco: **Santander**

No. de cuenta: **6550 8141 100**

Clabe interbancaria: **0141 8065 5081 411005**

Nuestro RFC: **CME1405091R4**

# Emergencia

En caso de emergencia favor de comunicarse con: (Número diferente al del domicilio).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Parentesco: |  |  | | |
| Apellido paterno: |  |  | | |
| Apellido materno: |  |  | | |
| Nombres (s): |  |  | | |
| Teléfono: | Lada: | Número: | | Extensión: |
| Teléfono celular (10 dígitos sin usar 044 o 045): | Es nextel: |  | Número: | |
| E-Mail: |  | @ | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Parentesco: |  |  | | |
| Apellido paterno: |  |  | | |
| Apellido materno: |  |  | | |
| Nombres (s): |  |  | | |
| Teléfono: | Lada: | Número: | | Extensión: |
| Teléfono celular (10 dígitos sin usar 044 o 045): | Es nextel: |  | Número: | |
| E-Mail: |  | @ | | |

Autorización para traslado a hospital en caso de emergencia

|  |
| --- |
| Por este medio autorizo al Centro Mexicano de Estudios en lo Penal Tributario A.C. que en caso de emergencia que requiera intervención hospitalaria, se me traslade al Hospital:    De la CDMX, para recibir la atención necesaria mientras algún familiar puede hacerse cargo. Asumo la responsabilidad por cual quier erogación realizada por el Centro Mexicano de Estudios en lo Penal Tributario A.C. en la atención aquí autorizada.    ACEPTO TRASLADO AL HOSPITAL MÁS CERCANO    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |