



INSTITUTO DE SEMIOLOGÍA S. C.

SEMIOLOGÍA DE LA VIDA COTIDIANA®

Dr. Alfonso Ruiz Soto®.

REGISTRO DE ALUMNOS

NOTA: Si deseas recibir nuestros comunicados, no olvides proporcionarnos tu correo electrónico.

CURSO # _____

FECHA _____

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE ASISTES A NUESTROS CURSOS?

SI

NO

NOMBRE COMPLETO _____
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

NOMBRE (S) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____
AAA A / MM / DD

SEXO F

M

TELÉFONOS () _____
CASA (CON LADA)

DOMICILIO _____
CALLE Y NUMERO

COLONIA _____

DELEGACIÓN _____

CIUDAD / MUNICIPIO _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

E-MAIL 1 _____

E-MAIL 2 _____

() _____
CELULAR (CON LADA)

NEXTEL _____

PROFESIÓN _____ OCUPACIÓN _____

PUESTO QUE OCUPAS PROPIETARIO DIRECTOR GERENTE OTRO _____

ESCOLARIDAD BACHILLERATO LICENCIATURA MAESTRÍA DOCTORADO

EMPRESA DONDE TRABAJAS _____

GIRO DE LA EMPRESA _____

TELÉFONO OFICINA () _____
OFICINA (CON LADA) EXT. _____

¿CÓMO TE ENTERASTE DEL CURSO? RECOMENDACIÓN PÁGINA DE WEB EMPRESA
 OTRO _____

NOTA: Datos de FACTURACIÓN al reverso de esta hoja.

DATOS PARA PEDIR FACTURA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____

RFC: _____ **BOLETOS A FACTURAR** _____

DIRECCIÓN / CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

ESTADO

CIUDAD

DELEGACIÓN / MUNICIPIO: _____