Favor enviar por correo electrónico a Mónica Noriega F.: monica.noriega@cemefi.org y a Janet González cobros@cemefi.org

**I. Información del postulante:**

|  |
| --- |
| Nombre:  |
| Empresa:  |
| Cargo:  | Web: |
| Correo electrónico:  | Teléfono:  |
| Estado de la República donde trabaja:  | Título profesional en:  |

|  |
| --- |
| Áreas de consultoría: (50 palabras) |

|  |
| --- |
| Lista de clientes, mínimo 5: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documentos adjuntos:(Marcar con X) | Curriculum vitae: | Título y cédula profesional: |
| Código de ética: | Diplomas de cursos organizados por Cemefi: ¿cuáles? |
|  | Dos cartas de recomendación de empresas asesoradas en 2016: | Copia del pago: |

**Importante:** La inscripción al proceso de Re-Acreditación quedará confirmada cuando Cemefi reciba copia del depósito por el monto total o el pago con tarjeta de crédito sea autorizado.

**II. Costo del programa: $ 15,000 pesos (si requiere factura, es más IVA)**

**III. Formas de pago**

Por este pagaré me obligo incondicionalmente a pagar a la orden del Banco Emisor de la tarjeta descrita en este documento, el importe de este título. Este pagaré procede del contrato de apertura de crédito que el Banco Emisor y el Tarjetahabiente tienen celebrado y representa las disposiciones que del crédito concedido hace el suscriptor. Tanto la restitución de la suma dispuesta, como los intereses que causará dicha suma, se determinarán y calcularán en la forma, términos y condiciones convenidos en el contrato referido. **“ESTE PAGARÉ ES NEGOCIABLE ÚNICAMENTE CON INSTITUCIONES DE CRÉDITO”**

1. **Tarjeta de crédito:**

 VISA \* MASTER CARD \* AMERICAN EXPRESS\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de tarjeta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Vence |
| Nombre del tarjetahabiente | Correo electrónico |
| Dirección | Teléfono |
| Ciudad y país | Fecha de pago |
| Firma del tarjetahabiente | Monto pagado |

**\*** Por favor adicionar los 3 dígitos que se encuentran en el espacio de la firma de la tarjeta de crédito

**2. Depósito bancario:** por favor anexar copia del depósito a nombre de

 a) Cuentahabiente: Centro Mexicano para la Filantropía, A.C.

 b) Banco, sucursal, plaza: BBVA Bancomer, 4638, México, D.F.

 c) Cuenta: 0443010597

 d) CLABE: 012180004430105971

 e) Swif o ABA:                      BCMRMXMMPYM

**IV. Comprobante Fiscal:** por favor completar la siguiente información

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:  | RFC |
| Dirección: |
| Ciudad: | Estado: | C.P: | Correo electrónico: |

**Los comprobantes fiscales electrónicos serán enviados a su correo electrónico**