

NOMBRE DEL POSTGRADO (MAESTRÍA O DOCTORADO) A ELEGIR:

LUGAR DONDE SE REALIZA LA INSCRIPCIÓN	CONDICIONES	TÍTULO QUE POSEE
PAIS <input type="text"/>	NUEVO <input type="checkbox"/>	PROFESOR <input type="checkbox"/>
CIUDAD <input type="text"/>	CURSANTE REGULAR <input type="checkbox"/>	LICENCIADO <input type="checkbox"/>
	REINGRESO <input type="checkbox"/>	POSTGRADO <input type="checkbox"/>
		OTRO: <input type="text"/>

I. DATOS PERSONALES / POR FAVOR COLOCAR EL N° DEL D.U.I. :

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		TELÉFONO (WHASAPP) <input type="text"/>	

II. INFORMACIÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS. MONTO TOTAL:.....\$ DÓLARES PARA:.....

INSCRIPCIÓN	<input type="text"/> \$ DÓLARES	TOTAL A CANCELAR EN LETRAS <input type="text"/>
INFORMACIÓN DEL PAGO REALIZADO	MONTO, NÚMERO Y FECHA DE LA TRANSACCIÓN BANCARIA REALIZADA <input type="text"/> \$ No. <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Fecha</small>	

NOTA:

POR FAVOR, NOTIFICAR A LA DRA. ELIANA MARTINEZ, LOS PAGOS REALIZADOS:
 TELÉFONO CELULAR Y WHATSAPP: +598 91850606
 CORREO ELECTRÓNICO: eliana2923@hotmail.com