**Solicitud de Facturación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CONCEPTO | CURSO PARA ENTRENADORES DE BASQUETBOL | | |
| IMPORTE |  | | |
| RAZON SOCIAL |  | | |
| RFC |  | | |
| DIRECCIÓN  (calle, número, colonia, CP, Ciudad, Estado) |  | | |
| FORMA DE PAGO  (Efectivo, Pago con tarjeta o transferencia Bancaria) | |  | |
| Si su pago NO fue en efectivo por favor agregar los últimos 4 dígitos de la cuenta con la que paga: | | |  |
| DATOS DEL SOLICITANTE | | | |
| NOMBRE |  | | |
| EMAIL |  | | |
| TELÉFONO |  | | |