**NOMBRE DEL CURSO**

**Señores:**
AM BUSINESS SAC
Av. Benavides 2549 Oficina 802 – Miraflores
Telf.: 715-3131
Correo Electrónico: seminarios@amb.pe
**Presente. -**
Le agradeceremos se sirvan inscribir a las siguientes personas de mi empresa:

Principio del formulario

Número de Participantes

Nombre**\***: Cargo**\***:

Celular**\***: Email:

DNI**\***:

El pago correspondiente se efectuará:

Banco de Crédito Cta. Cte. No. 1931156680145 (Dólares)

Banco de Crédito Cta. Cte. No. 1941747021076 (Soles)

Con tarjeta VISA (Pago Seguro en Plataforma de VISA en línea, acepta TODAS las Tarjetas de Crédito y Débito)

Link de Pagos en SOLES
<https://pagolink.niubiz.com.pe/pagoseguro/AMBCAPACITACION/903154>

Link de Pagos de DOLARES
<https://pagolink.niubiz.com.pe/pagoseguro/AMBCAPACITACIONCOOPORATIVA/3219941>



Adjuntamos la información necesaria para la emisión de la factura

Empresa**\***: RUC**\***:

Dirección**\***: Distrito:

Teléfono**\***: Fax:

Email:

Atentamente, (Persona que autoriza la inscripción)

Nombre**\***:

Cargo**\***:

(\*) Campos obligatorios

**Nota:** Sólo se aceptan anulaciones de inscripciones hasta 72 horas antes del inicio del evento, **pasado el tiempo indicado** no se realizarán devoluciones de dinero.
Indique una dirección de correo electrónico válida para enviarle una copia de la Ficha de Inscripción.Final del formulario