



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL USUMACINTA

DIRECCION DE VINCULACIÓN



SOLICITUD DEL SERVICIO

Nombre de la empresa y/o persona: _____
Teléfonos: _____ E-mail: _____
Responsable: _____
Cargo: _____
Direccion: _____
R.F.C.: _____

Firma de solicitante

Nombre del Servicio: _____
Tipo del Servicio:
 Curso Asesoría Consultoría Tecnológico Otros
Fecha de recepcion de solicitud : _____
Lugar del servicio: _____
Fecha de realización del servicio: _____

Para cursos:		No. de días	<input type="text"/>
Con refrigerio:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	No. de participantes	<input type="text"/>
Acondicionamiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Horario probable	<input type="text"/>
Dirigido a:	_____		

Observaciones