#### 

#### *McCarthy*

#### *Escuela de Negocios*

#### FORMULARIO DE POSTULACIÓN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos de los Participantes | | | | | |
| nº | Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno | E-mail | Rut |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS ADMINISTRATIVOS | | | | | | | |
| Nombre o Razón Social |  | | | | | | |
| RUT |  | Giro o profesión |  | | | | |
| Dirección |  | | Comuna |  | | Ciudad |  |
| Teléfono |  | | E-mail |  | | | |
| Responsable del Pago |  | | Cargo |  | | | |
| Título del programa |  | | | | | | |
| Sesiones (Marque con **x**) | **( )** Lunes y Miércoles **( )** Martes y Jueves **( )** Otro: | | | | | | |
| Modalidad (Marque con **x**) | **( )** Presencial **( )** Online | | Financiamiento | | **( )** Particular **( )** Empresa | | |
| Opción (Marque con **x**) | **( )** Individual **( )** Grupal | | Forma de Pago | | **( )** Contado **( )** Cuotas | | |

|  |
| --- |
| **I M P O R T A N T E** **:**  Para inscribirse complete y reenvíe este formulario a:  E-mail: [**escuela@mccarthy.cl**](mailto:escuela@mccarthy.cl)- WhatsApp: (+56) **9 57 16 80 76 -** (+56) **9 52 46 61 21** |