



Fecha

/ /

FICHA DEL PARTICIPANTE

Curso: _____

Datos del participante:

Nombre: _____

Dirección personal: _____

Tel. Res.: (809) _____ Celular: (809)/(829) _____

E-mail: _____

Empresa o Institución Laboral: _____

Dirección: _____

Cargo: _____ Departamento: _____

Tel. Emp.: (809) _____ Ext. _____ Fax: (809) _____

E-mail: _____ RNC _____

¿Es miembro de alguna de las siguientes Instituciones u Organizaciones?:

ICPARD IAIRD CODOCON OTRO _____

Expresar claramente qué espera obtener al terminar este curso, es decir, cuáles son sus expectativas ante su participación en el curso.

¿Cómo se enteró de éste?

¿Cómo desea su nombre en el certificado?:



ESCUELA NACIONAL DE FINANZAS Y AUDITORIA, S.A.

Santo Domingo, D.N.

Av. Sarasota No. 20 casi esq. A. Lincoln,
Torre Empresarial AIRD 2do. Piso,
Tel.: (809) 472-0290
Fax: (809) 472-0291

Santiago, R.D.

C/ El Sol, Edificio Comercial, 3er Nivel
Tel.: (809) 221-4755