



CENTRO DE TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA

**POSTULACION Y  
CONFIRMACION DE ASISTENCIA  
FAX (58-2) 92.14.45**

Sres.

CTT Centro de Transferencia de Tecnología C.A.

Les agradecemos se sirvan confirmar la asistencia de los participantes descritos a continuación.

Llene todos los datos de este formato con letra de imprenta y tinta negra

**DATOS DE LA EMPRESA**

Nombre de la Empresa

R.I.F  NIT.

Dirección

Teléfonos  Fax

**DATOS DE (LOS) PARTICIPANTE(S)**

Colocar nombre y apellido como desee imprimir su certificado. Si requiere más espacio, utilice copia de este documento.

Nombre primer nombre y primer apellido	Código del Curso según calendario anexo	Fecha día mes año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre  

---

 Firma Autorizada

Cancelación previa al inicio de los cursos.

Información Cuenta Bancaria: Cta. Corriente # 1031-35396-8, Banco Mercantil, Centro de Transferencia de Tecnología.

En caso de que por razones ajenas al C.T.T., la empresa contratante o el participante se encuentre en la necesidad de cancelar nuestros servicios, deberán notificarlo por escrito, con por lo menos cinco (5) días hábiles antes del inicio de los mismos.