



PASOS PARA REALIZAR EL REGISTRO AL PROGRAMA:

1. **Imprime y completa** el siguiente **formulario** en letra de molde.
2. **Realiza tu pago** mediante una de estas vías:

a. Presencial. *Si optas por esta opción, presenta el formulario en la Oficina de Registro de la Escuela.*

Opciones de pago:

Efectivo, Tarjetas de Créditos (Visa, MasterCard y American Express),
Tarjetas de Débito y Cheques Certificados

Si prefieres realizar el pago mediante una de estas opciones, sigue los pasos detallados a continuación:

b. Depósito o transferencia

Institución Financiera: Banco Popular Dominicano

Número de cuenta: 7421664 (en Pesos Dominicanos)

Una vez realizada la transferencia o depósito, envía el comprobante y el formulario a la Oficina de Registro por correo electrónico (registro@altosdechavon.com) para completar el proceso.

c. Tarjeta de Crédito (a distancia)

Llena el formulario anexo (Página 3) y envíalo a la Oficina de Registro por correo electrónico (registro@altosdechavon.com) para completar el proceso.



PERÍODO ENERO-MAYO PERÍODO JUNIO-AGOSTO PERÍODO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE

DATOS PERSONALES * FAVOR COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE

NOMBRES _____ APELLIDOS _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NACIONALIDAD _____

DIRECCIÓN _____

COLEGIO _____

TÉLEFONO RESIDENCIAL _____ TÉLEFONO MÓVIL _____ EMAIL _____

OBSERVACIONES IMPORTANTES | ALERGIAS _____

CONTACTO DE EMERGENCIA Y AUTORIZADOS A RECOGER EL NIÑO

NOMBRE COMPLETO _____ TELÉFONOS _____

EMAIL _____ PARENTESCO _____

NOMBRE PERSONA AUTORIZADA _____ TELÉFONOS _____

NOMBRE PERSONA AUTORIZADA _____ TELÉFONOS _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS CURSOS?

AMIGOS CATÁLOGO VISITA | SESIÓN INFORMATIVA FAMILIA REDES SOCIALES PÁGINA WEB
 PUBLICIDAD (PRENSA, RADIO, ETC...) _____ (ESPECIFIQUE) OTRO _____ (ESPECIFIQUE)

TALLER SELECCIONADO

TALLER _____ FECHA _____

TALLER _____ FECHA _____

TALLER _____ FECHA _____

En caso de necesitar comprobante fiscal favor especifique

Nombre de la Empresa y RNC _____

PRESENTAR DOCUMENTOS EN LA OFICINA DE REGISTRO | Campus Santo Domingo o enviar por correo electrónico a: registro@altosdechavon.com

Dirección: c/Paseo de los Aviadores #5, Miraflores, Santo Domingo, República Dominicana,. Teléfono: 809.563.2802

POLÍTICA DE ADMISIÓN Y PAGO: El aplicante deberá presentar la planilla debidamente completa a la hora de inscripción junto al pago correspondiente. El pago puede dividirse en 2 cuotas, pagando un inicial correspondiente al 50% del costo del programa para reservar, y 50% restante máximo dos semanas luego de haber iniciado el programa. Si a la semana de vencido el pago correspondiente, el mismo no ha ingresado a la institución, no se le permitirá el acceso al aula. **CHAVÓN La Escuela de Diseño** se reserva el derecho de cancelar y/o realizar cualquier cambio en el programa presentado, así como modificar sus contenidos.

POLÍTICA DE RETIROS: En caso de requerir retiro del programa, el participante deberá comunicarlo a La Escuela en las primeras 2 semanas tras iniciar, de lo contrario, La Escuela se reserva el derecho de devolver solamente el 50% de la matrícula exclusivamente. Retiros posteriores a la segunda semana del programa no incluyen devolución de ningún porcentaje de matrícula.

POLÍTICA DE CANCELACIONES: Si el programa es cancelado por La Escuela, le será reembolsado el costo de su matrícula en un 100% a todos los participantes.

* Autorizo a la Escuela a utilizar la imagen de mi hijo/a en fotografías y videos, captados durante el programa por tiempo indefinido. SI NO

HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE FORMULARIO. SI NO

FIRMA _____

FECHA _____



FUNDACIÓN CENTRO CULTURAL ALTOS DE CHAVÓN
RNC. 4-12-02036-4 REPÚBLICA DOMINICANA

AUTORIZACION USO DE TARJETA DE CREDITO * FAVOR COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE

FECHA: _____

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO DE ESTUDIANTE: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE ESTUDIANTE: _____

PROGRAMA (S) A CURSAR: _____

MONTO A CARGAR A LA TARJETA: _____

TELÉFONO DEL PORTADOR: _____

NO. DE LA TARJETA DE CRÉDITO: _____

FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA TARJETA: _____

FIRMA DEL PORTADOR DE LA TARJETA: _____

NOTA: FAVOR ENVIAR FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO VIA EMAIL A LA SRA. YUSCLENIA MATEO, OFICINA DE REGISTRO: REGISTRO@ALTOSDECHAVON.COM | TEL. (809) 563.2802