



## Solicitud de descuento de matrícula para GRUPO CORPORATIVO

**Instrucciones:** La lista de nombre debe realizarse en orden del precio original descendente, es decir, desde el curso de mayor valor hasta el de menor valor.

Nombre del estudiante	Número de estudiante	Clases a tomar	Nivel	Precio regular <i>En orden descendente</i>	% desc.	Precio neto
1.				\$	10%	\$
2.				\$	10%	\$
3.				\$	10%	\$
4.				\$	10%	\$
5.				\$	10%	\$
6.				\$	15%	\$
7.				\$	15%	\$
8.				\$	15%	\$
9.				\$	15%	\$
10.				\$	20%	\$
Si el grupo pasa de 10 personas puede continuar en otra copia de este formulario			Totales			\$

**Términos y Condiciones:** El solicitante debe carta corporativa en papel timbrado de la organización, indicando los nombres de los matriculados y el puesto que desempeñan en la misma. Aplica solamente al grupo corporativo cuando

realiza en conjunto a través de esta solicitud, es decir, que no se incluirá otro miembro con posterioridad bajo los mismos términos, a menos que se solicite mediante carta corporativa. En caso de solicitud de alguna baja parcial la devolución se realizará bajo la Política General que establece en el formulario de matrícula correspondiente al estudiante que solicite la baja administrativa. El por ciento de descuento aplica solamente al precio de matrícula regular del semestre. Los mismo se encuentran disponibles en la página de internet de la Fundación ([www.clasescuatro.com](http://www.clasescuatro.com)). Si el grupo contiene más de 10 personas puede llenar otra copia de este formulario aplicando un 20% a cada uno de los siguientes matriculados.

La Fundación se reserva el derecho de aceptar esta solicitud conforme al historial de bajas que tenga(n) el (los) estudiantes que aquí solicitan este descuento o cualquiera otra razón.

**Esta oferta no puede ser combinada con ninguna otra que la Fundación ofrezca para descuento de matrícula.**

Acepto las condiciones aquí expuestas y declaro que represento a la corporación que aquí matricula.

Nombre Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ 20\_\_

Aprobado\_\_\_\_ No aprobado\_\_\_\_ Firma Autorizada Fundación \_\_\_\_\_