



Con el objetivo de brindarle un mejor servicio en su visita al Centro de Nanociencias y Micro y Nanotecnologías, le agradeceremos que nos envíe la siguiente información al correo electrónico mlperez@ipn.mx:

Nota. Las visitas se realizarán en día viernes en horario de 09:00 a 13:00 hrs. El grupo no deberá exceder a 20 personas.

| | | |
|---|--|--|
| 1.- Datos del grupo visitante: | FOLIO 2012- _____ | FECHA: _____ |
| Nombre de Empresa/Escuela/Institución/ | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| No. de visitantes. | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| 2.- Datos de contacto del responsable del grupo: | | |
| Nombre: | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Cargo dentro de la Empresa/Escuela/Institución | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Teléfono: | <input style="width: 150px;" type="text"/> | e-mail: <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| 3.- Programación de la visita. | | |
| Día y hora para realizar la visita (anotar dos opciones de fechas) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| 4.- Área que desea visitar: | | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio de Nanociencias | 5.- Público que asiste: | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorios de Micro y Nanotecnologías. | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 6.- Idioma del Visitante: Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> | | |
| 7.- Tiempo del que Dispone para realizar la visita: <input style="width: 150px;" type="text"/> | | |
| 8.- Objetivo de la visita: | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |

**PARA USO EXCLUSIVO DEL CNMN
AUTORIZACIÓN**

DÍA Y HORA DE LA VISITA:

RESPONSABLE POR PARTE DE CNMN:

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA:

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: