



BECA DE ESTUDIOS SUPERIORES “BOB SMITH” – 2014

Nombre Empleado	
Rut Empleado	
Compañía	CMN <input type="checkbox"/> BSM <input type="checkbox"/> CBCG <input type="checkbox"/>
Teléfono del Empleado	
Nombre del Postulante	
Fecha Nacimiento Postulante	
Año Egreso E. Media	
Nombre de Carrera	
Duración (semestres)	
Año Inicio de Carrera	
Año/Semestre que cursa 2014	

Uso exclusivo de Recursos Humanos			
	1er. Semestre	2do. Semestre	Anual
MATRICULA	\$	\$	\$
ARANCEL	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$
Beca (50%)	\$	\$	\$

DECLARACION

Al solicitar el pago, declaro conocer los requisitos, condiciones y obligaciones que regulan la Beca de Estudios Superiores “Bob Smith”.

Nombre del solicitante

Firma

Fecha de recepción de documentación: _____
