



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO  
COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES

# SOLICITUD DE SERVICIOS ESCOLARES

<b>Fecha:</b>			
	Día	Mes	Año

Nacionalidad

<b>MAESTRIA</b>
Nivel de estudios solicitado

### Datos del solicitante:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

<b>CIENCIAS FARMACEUTICAS</b>	<b>106</b>
Nombre del Plan de Estudios	Clave

=====	===
Área de Concentración	Clave

## PAGO DE DERECHOS POR TRÁMITE DE ADMISIÓN A ESTUDIOS DE POSGRADO

<b>\$ 50.00</b>
Aspirantes mexicanos

<b>\$ 250.00</b>
Aspirantes extranjeros

### Enviar escaneados:

- **La Solicitud de Servicios Escolares**, con los datos requeridos del aspirante y el comprobante de pago anexo, realizado en sucursales del banco **"BANAMEX"** de la **República Mexicana**, a la **cuenta de cheques**:

**No. 577 7918836**

**Pegar recibo de pago:**