FORMATO DE INSCRIPCIÓN PARA AFILIADOS 2017

FECHA: ----------

Afiliado por primera vez ( ) Renovación ( )

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SE AFILIA:

INSTITUCIÓN ----------

CALLE Y NÚMERO ----------

CIUDAD, ESTADO, PAÍS, C.P ----------

TELÉFONOS ----------

R.F.C. ----------

FAX ----------

NOMBRE DEL TITULAR ----------

FIRMA ----------

DATOS DEL REPRESENTANTE:

NOMBRE ----------

CARGO ----------

TELÉFONOS ----------

FAX ----------

CORREO ELECTRÓNICO ----------

FIRMA ----------

&&&

5. Remitir la copia del depósito correspondiente al tesorero de la AMECYD, al número de fax: 01-(722)-2-15-86-71 ò 2-15-86-97

6. El tesorero les enviará, por mensajería, su constancia de Afiliación a la AMECYD y el recibo correspondiente.

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

Para mayor información E-mail: emilio.tesoreria@gmail.com