FOLIO: _____

ASOCIACIÓN DE CIUDADES HERMANAS DE MAZATLÁN SINALOA, A.C.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Esta solicitud está sujeta al proceso de aprobación establecido en la A.C.
Favor de llenar correctamente todos los espacios con los datos correspondientes para facilitar su análisis.
Declaro bajo protesta que esta información es verdadera y puede ser verificada.

Familia/Organización:	**Individual:**	**Fecha:**
Nombre:		
Dirección:	**Colonia:**	
Ciudad:	**Estado:**	**C.P.**
Teléfono:	**Celular:**	**@mail**
Fecha de nacimiento:	**Ocupación:**	
Estado Civil:	**Pasatiempo:**	
Interés por Asociarse:		
Esposa(o):	**Ocupación:**	

Nombre de los Hijos:	**Escolaridad**	**Edad**	**Fecha de nacimiento**

Actividades a participar:	**Marcar**	**Especifique otras de su interés**
Servicios a la comunidad		
Servicios sociales		
Eventos culturales		
Eventos deportivos		
Eventos recreativos		
Viajes de intercambio		
Anfitrión de intercambio		

FIRMA	**NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO QUE LO RECOMIENDA**

Fecha de recibida	**Fecha de revisión**	**Fecha de aprobación o rechazo**
Día: Mes: Año:	**Día: Mes: Año:**	**Día: Mes: Año:**

Presidente **Profr. José Aarón Figueroa Solis**	**Tesorero:** **Lic. Florencio Álvarez Germán**	**Coord. De membresías:** **Lic. Florencio Álvarez Germán**