



CÉDULA DE AFILIACIÓN DE ASOCIADO INDIVIDUAL

Es mi voluntad afiliarme a la Federación CONLA, A.C., teniendo la obligación de cumplir y hacer cumplir los estatutos y reglamentos que emanen de dicha institución. Por lo anterior anexo la siguiente información:

Información Personal

Nombre: _____
Fecha y Lugar de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Estado civil: _____
Domicilio Particular
Calle: _____ No: _____
Colonia: _____ Delegación: _____
C.p.: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Celular: _____
Ciudad: _____

Organización donde Labora

Puesto Desempeñado: _____ Años: _____
Especialidad: _____
Calle: _____ No: _____
Colonia: _____ Delegación: _____
C.p.: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Celular: _____
Ciudad: _____
Sector:
Público: Privado: Social: Docencia: Independiente:
Otro (Especifique): _____

Así mismo anexo copia de la ficha de depósito a la cuenta 00141604953 Bancomer, S.A. Suc. 0067, a nombre de Federación Nacional de Colegios de Licenciados en Administración, A. C. por la cantidad de:

Licenciados en Administración \$1,050.00 M.N.

Pasantes y Estudiantes \$550.00 M.N.

Socios Invitados \$1,550.00 M.N.

Firma y Nombre del Solicitante

FORMATO DE DATOS BÁSICOS

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno.	Apellido Materno	Nombre(s)
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lugar y Fecha de Nacimiento:	
R.F.C.	C.UR.P.	No. Cédula Profesional

DOMICILIO

Calle y Numero	Colonia	C. P.
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	E-mail

EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO EN QUE LABORA

Sector Laboral Independiente <input type="checkbox"/> Académico <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa, Institución o Despacho Puesto	Antigüedad Años Meses
--	--	-------------------------------

DOMICILIO DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO

Calle y Numero	Colonia	C. P.
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	E-mail

ORGANISMOS PROFESIONALES A LOS QUE PERTENECE

Colegio Profesional Afiliado a la Federación CONLA
Otros Organismos Profesionales

GRADOS ACADÉMICOS

Grado Académico	Institución	Año de Obtención de Título o Grado
Licenciatura		
Especialidad		
Maestría		
Doctorado		

DATOS PARA LA FACTURACIÓN

A nombre de:	R.F.C.	
Calle y número	Colonia	Código postal
Delegación	Ciudad	Estado

OBSERVACIONES

--