

SOLICITUD DE MEMBRESÍA 2017 - 2018

MEMBRESÍA PERSONAL

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección postal: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

CUOTA ANUAL (Esta cuota cubre hasta el 31 de mayo de 2018).

<input type="checkbox"/> Membresía de CPA	\$25.00	<input type="checkbox"/> Profesores de Contabilidad (APUC)	\$25.00
<input type="checkbox"/> Membresía Individual (no CPA)	\$100.00	<input type="checkbox"/> Membresía Estudiantes	\$15.00

MEMBRESÍA INSTITUCIONAL

Nombre de la entidad: _____

Dirección postal: _____

CUOTA ANUAL (Esta cuota cubre hasta el 31 de mayo de 2018).

<input type="checkbox"/> Firma de CPA	\$250.00	<input type="checkbox"/> *Membresía Institucional	\$250.00
---------------------------------------	----------	---	----------

*La Membresía Institucional incluye hasta tres (3) registros en todos los seminarios del Colegio de CPA al precio de los colegiados.

Contacto principal

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Correo electrónico: _____

Contacto adicional 1

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Correo electrónico: _____

Contacto adicional 2

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Correo electrónico: _____

Contacto adicional 3

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Correo electrónico: _____

FORMA DE PAGO Efectivo Cheque Tarjeta de crédito: AMEX VISA Master Card

Número de tarjeta: _____ Fecha de expiración: _____ Firma: _____