

SOLICITUD DE MEMBRESÍA ANUAL

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 cada año).

<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 (CCU)	¡GRATIS!

MEMBRESÍA INSTITUCIONAL

Nombre de la entidad: _____
Dirección postal: _____

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

Firma de CPA	\$250.00	*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: _____

DONATIVO

Individuo \$ _____

Institucional \$ _____

Contacto

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: _____

Favor de enviar la solicitud debidamente completada a

cisec@colegiocpa.com.