



SOLICITUD DE AFILIACION

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL :

DOMICILIO

COLONIA

C.P.

CIUDAD

ESTADO

TELEFONOS

FAX

R.F.C

EMAIL:

DIRECTOR GENERAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL

GIRO DE LA EMPRESA:

NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE SERA NUESTRO CONTACTO PARA
DAR SEGUIMIENTO A SU AFILIACIÓN COMO MIEMBRO DE LA ADI.