



**COLEGIO DE CONTADORES PUBLICOS DEL  
OCCIDENTE DE MICHOACAN, A. C**

CALLE CASUARINA NO. 7 FRACC. LAS FUENTES CP 59699 TEL 3515152074

E mail: ccpom121@gmail.com

**SOLICITUD DE AFILIACION**

Por medio de la presente solicito afiliación a este colegio, protestando en formal cumplimiento del contenido de la Escritura Constitutiva de las Normas de Ética Profesional de la Norma de Educación Profesional Continua. Tomadas en las asambleas generales.

DATOS PERSONALES

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	SEXO M F ( )
DOMICILIO PARTICULAR: CALLE, COLONIA, CIUDAD Y ESTADO			C. P.
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	TELEFONO:	EDAD:	
NOMBRE DEL CONYUGE:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DEL CONYUGE:			

SITUACION ACTUAL:	<input type="radio"/> PROFESIONAL	<input type="radio"/> PASANTE	
	<input type="radio"/> MAESTRO	<input type="radio"/> ESTUDIANTE	
TITULO:	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> EN TRAMITE
FECHA DE EXAMEN PROFESIONAL _____	TITULO DE TESIS _____		
INSTITUCION QUE EXPIDE EL TITULO: _____	N. CEDULA PROFESIONAL _____		
NOMBRE DEL DESPACHO O EMPRESA _____			
DOMICILIO PROFESIONAL:			
E MAIL:	(CALLE, COLONIA, CIUDAD Y ESTADO)		
DESEO RECIBIR CORRESPONDENCIA EN:			
ACTIVIDAD O ESPECIALIDAD PROFESIONAL:			
NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO:		
FIRMA:	FIRMA:		

ATENTAMENTE

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR:

- 1 FOTOSTATICA DEL ACTA DE NACIMIENTO
- 1 FOTOSTATICA DE LA CEDULA PROFESIONAL
- 1 FOTOSTATICA DEL TITULO
- 1 FOTOSTATICA RFC

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

## COSTOS

SOCIO CERTIFICADO \$ 1,100.00 CUOTA BIMESTRAL

SOCIO NO CERTIFICADO \$ 820.00 CUOTA BIMESTRAL

MAESTROS (TIEMPO COMPLETO) \$ 500.00 CUOTA BIMESTRAL

ESTUDIANTES (NIVEL BACHILLERATO O UNIVERDIDAD) \$ 350.00 CUOTA BIMESTRAL.

CUALQUIER DUDA ESTOY A SUS ORDENES.