

## SOLICITUD DE AFILIACION

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_

Nombre del Representante \_\_\_\_\_

Título del Representante \_\_\_\_\_

Dirección de la Empresa \_\_\_\_\_

Website de la Empresa \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Productos y/o Servicios de su Empresa \_\_\_\_\_

-----

### Cuotas de Afiliación:

Estudiantil	\$	20.00
Individual	\$	150.00
Corporación	\$	300.00
Benefactor	\$	2,000.00

Favor enviar solicitud y pago a: Colombian American Chamber of Commerce,  
250 Catalonia Ave. #407, Coral Gables, Florida 33134

Cheque \_\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_\_ MasterCard \_\_\_\_\_ Amex \_\_\_\_\_

Número tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha exp: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

