

PM**H. AYUNTAMIENTO DE TIJUANA
DIRECCION DE PROTECCION CIVIL MUNICIPAL****REGISTRO 2010**

NO DE REGISTRO:

FOLIO:

FICHA DE REGISTRO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA AGRUPACION

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL REPRESENTANTE OPERATIVO

DOMICILIO FISCAL

CALLE Y NUMERO:

COLONIA:

CIUDAD:

ESTADO:

C.P.

TELÉFONO: ()

FAX: ()

DOMICILIO DE OFICINA O BASE

CALLE Y NUMERO:

COLONIA

CIUDAD

ESTADO

C.P.

TELÉFONO: ()

FAX: ()

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DEL GRUPO (E-MAIL)

OTRO TELEFONO:

NUMERO NEXTEL

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DEL PERSONAL (E-MAIL)

CANTIDAD DE UNIDADES

CANTIDAD DE ELEMENTOS

SERVICIOS QUE PRESTA:

 AMBULANCIA RESCATE TRASLADOS

TIPO DE AGRUPACION

 VOLUNTARIOS ACTIVIDAD EMPRESARIAL AMBAS

FIRMA:

FECHA DE INGRESO DEL TRAMITE: