

APLICACIÓN DE MEMBRESÍA

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL _____

EMPRESA _____

POSICIÓN _____

DESCRIPCIÓN DEL NEGOCIO _____

TELÉFONO _____ FAX _____

E-MAIL _____

WEB SITE _____

TARIFAS DE MEMBRESÍA

CONTRATISTA		TRABAJADOR DE
() \$150	\$0-\$500K	() \$25
() \$250	\$500K-2MM	AMIGO/AMIGA
() \$500	\$2MM-\$5MM	() \$100
() \$1000	\$5MM-\$10MM	
() \$1500	\$10MM +	

ASOCIADO (PROVEEDOR DE SERVICIOS) () \$500

CC# _____ EXP _____

TIPO DE TARJETA _____ CÓDIGO POSTAL _____

FIRMA _____

Envie Por FAX - 972-786-0910