

Formulario de inscripción para membresía institucional

TIPO DE ASOCIADO:

- ☐ Institucional privado, comunitario o estatal sin convenio
- ☐ Museo estatal cuya institución administrativa tiene un convenio de cooperación mutua firmado con la AMG-ICOM Guatemala
- Nombre de la entidad: _____

DATOS INSTITUCIONALES

Nombre del museo que se asocia a la AMG: _____

Nombre de la persona jurídica que solicita la membresía institucional:

No. de registro de personería jurídica: _____

Nombre de Representante legal: _____

Numero de registro del Representante legal: _____

Fecha del acta constitutiva del museo o la entidad que lo rige: _____

Dirección del museo: _____

Municipio: _____

Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____

Página web: _____

Redes sociales: Instagram: _____ Facebook: _____

Twitter - X: _____ Otro: _____

SI ☐ - NO ☐ autorizo a la AMG-ICOM Guatemala a mencionar el museo en comunicados y en su página web

DATOS PERSONALES DEL PRIMER REPRESENTANTE CON VOZ Y VOTO EN ASAMBLEA

Nombre: _____

Nombre que debe aparecer en carné AMG: _____

Título/Profesión: _____

Fecha de nacimiento: _____

Carné AMG No. : _____ Carné ICOM No. : _____

Cargo que tiene en el museo: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono Fijo: _____ Móvil: _____

Fecha y firma representante: _____

DATOS PERSONALES DEL SEGUNDO REPRESENTANTE CON VOZ Y VOTO EN ASAMBLEA

Nombre: _____

Nombre que debe aparecer en carné AMG: _____

Título/Profesión: _____

Fecha de nacimiento: _____

Carné AMG No. : _____ Carné ICOM No. : _____

Cargo que tiene en el museo: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono Fijo: _____ Móvil: _____

Fecha y firma representante: _____

DATOS PERSONALES DEL TERCER REPRESENTANTE CON VOZ Y VOTO EN ASAMBLEA

Nombre: _____

Nombre que debe aparecer en carné AMG: _____

Título/Profesión: _____

Fecha de nacimiento: _____

Carné AMG No. : _____ Carné ICOM No. : _____

Cargo que tiene en el museo: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono Fijo: _____ Móvil: _____

Fecha y firma representante: _____

Datos para el recibo contable:

NIT: _____ Nombre: _____

Número de la boleta de depósito o transferencia: _____