



**CAMARA DE COMERCIO LATINA DE LOS ESTADOS UNIDOS  
LATIN CHAMBER OF COMMERCE OF U.S.A.**

Non Profit Organization / Organización No Lucrativa

**MAILING ADDRESS:**  
P.O. BOX 350824  
MIAMI, FL 33135 U.S.A.

TEL. 305-642-3870 • FAX: 305-642-0653  
www.camacol.org

**MAIN OFFICE:**  
1401 W. FLAGLER STREET  
MIAMI, FL 33135 U.S.A.

**SOLICITUD DE MIEMBRO  
MEMBERSHIP APPLICATION**

NOMBRE DEL NEGOCIO \_\_\_\_\_  
*Business Name*

DIRECCION \_\_\_\_\_  
*Address*

P.O. BOX \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_  
*City State Zona Postal*

ACTIVIDAD ECONOMICA: Para nuestro listado, favor de seleccionar de la lista adjunta, el número(s) que mejor describa(n) la actividad(es) económica(s) de su negocio o compañía.

COMPANY DESCRIPTION: Select from the attached list the number(s) which best describes your company activity(ies) for listing purposes.

\_\_\_\_\_

NUMERO DE EMPLEADOS \_\_\_\_\_  
*Number of Employees*

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
*Telephone*

GERENTES \_\_\_\_\_  
*Managers*

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE ANTE CAMACOL \_\_\_\_\_  
*Name of Representative in CAMACOL*

METODO DE PAGO \_\_\_\_\_ CHEQUE  MONEY ORDER   
*Method of Payment Check*

TARJETAS DE CREDITO \_\_\_\_\_  AMERICAN EXPRESS  VISA  MASTERCARD  
*Credit Cards*

NUMERO DE LA TARJETA \_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_  
*Credit Card Number Expiration Date*

ANUALIDAD (DEDUCIBLE DE IMPUESTOS) \$ \_\_\_\_\_  
*Annual Membership Dues (Tax Deductible)*

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA AUTORIZADA \_\_\_\_\_  
*Date Authorized Signature*

NO ESCRIBIR DENTRO DE ESTA SECCION (SOLO PARA USO DE OFICINA)  
DO NOT WRITE IN THIS SECTION (FOR OFFICE USE ONLY)

MIEMBRO PRESENTADO POR \_\_\_\_\_  
*Member Introduced By*

APROBADO SU INGRESO EN LA SESION DE FECHA \_\_\_\_\_  
*Application Approved On This Date*

MIEMBRO NO. \_\_\_\_\_ SECCION \_\_\_\_\_  
*Member No. Section*

PREVIOUS MEMBER NUMBER. \_\_\_\_\_ CHECKED BY \_\_\_\_\_  
*Número Anterior del Miembro Comprobado Por*