



# ICPNL

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

### DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Sexo Masculino Femenino	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Estado Civil	Nombre del Cónyuge	Fecha de Nacimiento Cónyuge
		R.F.C.
		CURP
		Correo Electrónico Cónyuge

### DOMICILIO PARTICULAR

Calle y Número	Colonia	Código Postal
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Celular	Correo Electrónico

### EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO EN QUE LABORA

Sector Laboral:	Nombre de la Empresa, Institución o Despacho	R.F.C.
Académico	Bancario	
Comercio	Despacho	Puesto
Gobierno	Industria	

### DOMICILIO DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO

Calle y Número	Colonia	Código Postal
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	Correo Electrónico

### TIPO DE EMPLEO

Independiente	Empleado
---------------	----------

### REGISTRO PARA DICTAMINAR

AGAFF	IMSS	INFONAVIT
-------	------	-----------

### REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Teléfonos
Nombre	Teléfonos

### DATOS PROFESIONALES

Universidad	
Fecha de Titulación	Núm. Cédula Profesional



# ICPNL

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

### DATOS DEL CERTIFICADO IMCP

No. de Certificado                      Fecha Inicio                      Fecha Terminación

### ENVIAR CORRESPONDENCIA A:

Domicilio Particular                      Empresa

### FACTURAR A:

Empresa                      Personal

### ÁREAS DE ESPECIALIDAD

Administración	Costos	Finanzas
Auditoría	Derecho	Fiscal
Contabilidad	Ética	Otras

### ÁREAS DE INTERÉS

Administración	Costos	Finanzas
Auditoría	Derecho	Fiscal
Contabilidad	Ética	Otras

### TAMAÑO DE LA EMPRESA

Pequeña (Menos de 10 empleados)	Mediana (Menos de 50 empleados)	Grande (Más de 51 empleados)
------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

### ¿EN EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD CUÁNTOS CONTADORES TIENEN?

1 a 5	10 a 20
6 a 10	Más de 21

### MENCIONE A DOS CONTADORES QUE PUDIERAN ESTAR INTERESADOS EN AFILIARSE

Nombre                      Teléfono

Nombre                      Teléfono

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Nota:** Favor de anotar correctamente y completa toda la información de la solicitud.

En caso de haber algún cambio, favor de informarnos de inmediato para mantener actualizado el directorio y asegurarnos que tu correspondencia llegue con oportunidad.

El **Instituto de Contadores Públicos de Nuevo León, A. C.**, aprovecha para informarle que de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, se entenderá que usted está de acuerdo con la recopilación, uso, transferencia y almacenamiento de los datos personales, patrimoniales y, en su caso, sensibles que nos sean proporcionados con motivo de "Solicitud de Afiliación al ICPNL", para mayor información respecto a nuestras políticas de privacidad por favor consulte la página:

[http://www.icpnl.org.mx/aviso\\_privacidad/aviso\\_de\\_privacidad.pdf](http://www.icpnl.org.mx/aviso_privacidad/aviso_de_privacidad.pdf).