

Solicitud de Afiliación

1. Datos personales

Apellido(s) _____ Sexo M F
Nombre(s) _____ Teléfono _____
Domicilio _____ Colonia _____
Ciudad _____ Estado y país _____
Correo electrónico _____ Código postal _____
Empresa/Institución _____
Actividad: Traductor Intérprete Estudiante Otro*

*Especifique:

2. Categoría de su interés.

Aspirante Socio

¿Por qué medio se enteró del Colegio?

¿Ha estado en algún otro Colegio? ¿Cuál y en qué año?

3. Idiomas

Lengua materna: _____

Traduce Interpreta

Idioma de Origen	Idioma de Destino

IMPORTANTE:

Envíe su documentación a: afiliación@cotip.org

El registro sólo es válido una vez que haya recibido la confirmación de que su solicitud ha sido aceptada.

Una vez confirmada su aceptación, envíe su comprobante de pago a: tesorería@cotip.org