



**PARTIDO ACCIÓN CIUDADANA
SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

Nº _____

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:	
Cedula de Identidad:	Profesión u Oficio:		
Tel. Habitación:	Oficina:	Celular:	Fax:
Apdo. Postal:	Correo Electrónico:		
DOMICILIO/Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Dirección Exacta:			
De acuerdo con el Artículo 16 del Estatuto del Partido Acción Ciudadana, y según mis posibilidades, acepto contribuir con la suma mensual de: ₡ _____ Monto en letras: _____			
Número de Tarjeta: _____		Fecha de Vencimiento: ____ (mes) ____ (año).	
Otras Opciones de Pago: Depósito _____		Pago en Sede Central _____	
Deseo colaborar con el Partido en los siguientes rubros: (para uno de comités cantonales y distritales). a. Organización b. Miembros de mesa c. Fiscal d. Económica e. Transportes f. Otros			
COMPROBANTE DE AFILIACIÓN			
Observaciones: <i>Por este medio, declaro mi adhesión a los principios y programas del Partido Acción Ciudadana y me comprometo a contribuir con el logro de sus objetivos.</i> <i>Doy mi autorización para recibir información oficial del Partido en mis teléfonos, correo electrónico, fax y apartado postal.</i>			
Firma _____		Fecha ____/____/____	
Responsable de la Inscripción: _____		Cédula: _____ Fecha ____/____/____	



Partido Acción Ciudadana
Secretaría General
Teléfono 2281-2727 / Fax 2280-6640
www.pac.cr

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Nº _____

COMPROBANTE DE AFILIACIÓN

Cédula: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido _____ Nombre _____