

Registro _____

No. de registro: _____

Folio: _____

DATOS GENERALES

Nombre o razón social de la agrupación: _____

Nombre del representante legal: _____

Tel:(_____) _____ Cel:(_____) _____ email: _____

Nombre del Titular o Coordinador Operativo: _____

Tel:(_____) _____ Cel:(_____) _____ email: _____

Nombre del responsable médico: _____ Cedula Profesional _____

Tel:(_____) _____ Cel:(_____) _____ email: _____

DOMICILIO FISCAL

Calle y número: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Teléfono: _____

DOMICILIO DE OFICINA O BASE

Calle y número: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Teléfono: _____

Dirección electrónica del grupo: _____

Cantidad de unidades: _____

Tipo de comunicación: _____

Cantidad de elementos: _____

Cantidad de radios: _____

Servicios que presta: Servicios prehospitalarios
de urgencias Rescate Búsqueda y rescate
agreste

Tipo: _____

Fecha de ingreso del trámite:**Firma de quien recibe**

INSERTAR CROQUIS CONFORME A GOOGLE MAPS



Insertar coordenadas: _____