

FICHA DE REGISTRO PARA GRUPOS  
VOLUNTARIOS DE ATENCIÓN  
PREHOSPITALARIA Y DE RESCATE

(F-GVPR)

Registro \_\_\_\_\_ No. de registro: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Cantidad de elementos: \_\_\_\_\_

Tipo de comunicación: \_\_\_\_\_ Cantidad de radios: \_\_\_\_\_

**Servicios que presta:**  Búsqueda y rescate  Servicios prehospitalarios  Rescate  
agreste de urgencias Tipo: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso del trámite: \_\_\_\_\_

Firma de quien recibe \_\_\_\_\_