



H. AYUNTAMIENTO DE TIJUANA
DIRECCION DE PROTECCIÓN CIVIL MUNICIPAL
Departamento Operativo

REGISTRO 20 _____

NO DE REGISTRO:

FOLIO:

FICHA DE REGISTRO

GRUPOS DE EMERGENCIA, SERVICIOS PRE-HOSPITALARIOS Y RESCATE

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA AGRUPACIÓN

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

TEL. CEL. ()

NEXTEL:

CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE OPERATIVO

TEL. CEL. ()

NEXTEL:

CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIO FISCAL

CALLE Y NUMERO: _____

COLONIA: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____

C.P. _____

TELÉFONO: () _____

FAX: () _____

DOMICILIO DE OFICINA O BASE

CALLE Y NUMERO: _____

COLONIA: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____

C.P. _____

TELÉFONO: () _____

FAX: () _____

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DEL GRUPO (E-MAIL)

CANTIDAD DE UNIDADES:

CANTIDAD DE ELEMENTOS:

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DEL GRUPO (E-MAIL)

TIPO DE COMUNICACIÓN:

CANTIDAD DE RADIOS:

SERVICIOS QUE PRESTA:

AMBULANCIA RESCATE TRASLADOS

TIPO DE AGRUPACION

VOLUNTARIOS ACTIVIDAD EMPRESARIAL AMBAS

FIRMA:

FECHA DE INGRESO DEL TRAMITE: