



## FICHA DE REGISTRO PARA GRUPOS DE EMERGENCIA, SERVICIOS PREHOSPITALARIOS Y RESCATE

REGISTRO 20 \_\_\_\_\_ NO. DE REGISTRO: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

Nombre o razón social de la agrupación:

Nombre del representante legal:

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre del representante operativo:

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ 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:**  Ambulancia  Rescate  Traslados

**TIPO DE AGRUPACIÓN:**  Voluntarios  Actividad Empresarial  Ambas

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