

FORMATO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE INAPAM

 BIENESTAR <small>SECRETARÍA DE BIENESTAR</small>		 INAPAM <small>INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</small>	
SOLICITUD DE AFILIACIÓN			
Fecha de elaboración:	dd / mm / aaaa	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <small>Sexo</small>	Folio de la Tarjeta
		<input type="checkbox"/> NVA. <input type="checkbox"/> REPO. <small>Expedición</small>	
Datos de quien solicita Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____ Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa Lugar de nacimiento: _____ CURP: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera (o) <input type="checkbox"/> Casada (o) Núm. Telefónico: _____ Domicilio: _____ <small>Calle y número</small> Colonia: _____ <small>Alcaldía o municipio:</small> _____ Entidad federativa: _____ Contacto en caso de emergencia: _____ <small>Nombre</small> Núm. Telefónico: _____			

