



Capítulo
MÉXICO

Asociación de Especialistas
Certificados en Antilavado
de Dinero®

ACAMS®



SOLICITUD DE MEMBRESIA AL CAPITULO MÉXICO DE ACAMS

FECHA: (DÍA) ____ (MES) ____ (AÑO) ____

I. **INFORMACIÓN DE CONTACTO:** (* DATOS REQUERIDOS) ES USTED MIEMBRO DE ACAMS SI ____ NÚMERO DE REGISTRO ____ NO ____

*APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO: _____ *NOMBRE: _____

*EMPRESA: _____

*CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

*DOMICILIO (CORRESPONDENCIA): CALLE _____

NÚM. _____ COLONIA _____ DELG. _____ C. POSTAL _____ CIUDAD _____

TEL. OFICINA _____ TEL. PART. _____ TEL. CELULAR _____

@ MAIL PERSONAL _____ @ MAIL OFICINA _____

GRADO DE ESTUDIOS: BACHILLERATO ____ LICENCIATURA ____ MAESTRÍA ____ DOCTORADO ____ OTRO ____

PROFESIÓN _____

II. MEMBRESIA REQUERIDA (EL PAGO ES EN U.S. DÓLARES)

- SOLICITUD DE MEMBRESÍA AL CAPÍTULO DE ACAMS \$ 50.00 dls. CAPÍTULO _____
LA MEMBRESIA AL CAPITULO DEBERÁ RENOVARSE ANUALMENTE.

III. SOBRE LOS CAPÍTULOS DE ACAMS

- **MIEMBROS DEL CAPÍTULO:** LA AFILIACIÓN AL CAPÍTULO ES OPCIONAL Y DEPENDE DE LA AFILIACIÓN A ACAMS, ES DECIR, QUE LOS MIEMBROS DEL CAPÍTULO DEBEN SER MIEMBROS AFILIADOS A ACAMS.
- **CUOTAS AL CAPÍTULO:** LAS CUOTAS DEL CAPÍTULO SE ESTABLECEN Y GESTIONAN DISCRECIONALMENTE POR EL CAPÍTULO Y LA APROBACIÓN DE ACAMS.
- **PROPÓSITO DE LOS CAPÍTULOS:** EL PROPÓSITO DE LOS CAPÍTULOS ES IMPULSAR A SUS MIEMBROS A CONTRIBUIR CON MAYORES ESFUERZOS EN MATERIA DE ANTI LAVADO DE DINERO POR MEDIO DE ACAMS, IDENTIFICANDO NECESIDADES EDUCATIVAS Y FACILITANDO EL INTERCAMBIO DE IDEAS ENTRE LOS MIEMBROS DE LA REGIÓN.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, AFIRMA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA HASTA SU MÁX LEAL SABER Y ENTENDER. EN EL CONOCIMIENTO QUE AL PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA EN ESTA SOLICITUD CONSTITUYE MOTIVO DE RECHAZO O REVOCACION DE LA MEMBRESÍA, A DISCRECIÓN DE ACAMS.

FIRMA _____ FECHA _____

AUTORIZO A LA ASSOCIATION OF CERTIFIED ANTI-MONEY LAUNDERING SPECIALISTS (ACAMS), PARA QUE APLIQUE EL CARGO A LA TARJETA CUYOS DATOS APARECEN A CONTINUACIÓN:

PAGO VÍA TARJETA DE CRÉDITO:

Tipo de tarjeta de crédito: ____ VISA ____ MC ____ AMEX ____

Banco: _____

Número de tarjeta _____

Nombre (como aparece en la tarjeta) _____

Fecha de vencimiento ____/____/20____

Código de seguridad _____

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL CARGO _____

-ENVIAR FAX AL: (305) 373-7788

-EMAIL A: cmartinez@acams.org (o) mrodriguez@acams.org

-VÍA CORREO A: Association of Certified Anti-Money Laundering Specialists (ACAMS)

Brickell Bayview Center, 80 Southwest 8th Street, Suite 2350, Miami, FL 33130