



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

COLEGIADO NO. _____

Guatemala, ____ de ____ del 20 ____

CANCELADO CON RECIBO NO. _____

Señores Miembros de Junta Directiva:

Atentamente les ruego que de acuerdo al Artículo 5o. de los Estatutos del Colegio, se sirvan someter a consideración de la Junta Directiva la presente solicitud para ser aceptado como **COLEGIADO ACTIVO** de esa Entidad.

Adjunto lo siguiente

- Título profesional en original (con sello de la SAT y Contraloría de Cuentas).
- Presentar copia de su título de ambos lados.
- Una fotocopia completa de DPI.
- Enviar a comunicacion@colegiodefarmaceuticosyquimicos.gt resumen de la tesis (máximo de 2 hojas). Identificado con nombre completo del profesional, nombre completo de la tesis y profesión.

NOTA: Al realizarse la colegiación, el profesional cuenta con cinco días hábiles posteriores al acto para retirar sus constancias y título profesional; vencido dicho plazo la Junta Directiva no se hace responsable de la custodia del título profesional y las constancias respectivas.

CUOTA A CANCELAR EN EFECTIVO:

(Acta de Junta Directiva No. 14-2009/2011 del 06-06-09)

*Junta Directiva 2009-2011

**BIOLOGO, QUÍMICO, BIOQUÍMICO, MICROBIÓLOGO, BIOQUÍMICO Y
MICROBIÓLOGO**

Cuota de Inscripción y demás	Q. 515.00
Cuota Anual	Q. 480.00
Defensa Gremial	Q. 200.00
Beneficio Servicio Funerario	Q. 60.00
Sello Profesional	Q. 100.00
Constancia de Colegiado Activo	<u>Q. 15.00</u>
TOTAL	Q.1,370.00

Declaro solemnemente que cumpliré con todas las disposiciones emanadas de Asamblea General, Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, Estatutos y Reglamentos del Colegio, Normas de Moral, así como cualquier Acuerdo de la Junta Directiva u Organismos integrantes del Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala.

(f) _____

Nombre de los padres _____

Dirección _____ Teléfono _____



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE Y SIN TACHONES)

NOMBRE _____

PROFESION _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____

NACIONALIDAD _____

DPI _____ EXTENDIDO EN _____

ESTADO CIVIL _____

NOMBRE ESPOSO (A) _____

RESIDENCIA _____

TELEFONO DE CASA _____ CELULAR _____

NIT _____ TIPO DE SANGRE _____

CORREO ELECTRÓNICO 01 _____

CORREO ELECTRONICO 02 _____

SU TÍTULO DE _____

EXTENDIDO EN LA UNIVERSIDAD _____

CON FECHA _____

NOMBRE DE LA TESIS _____

COFAQUI



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

EMPRESA PARA LA CUAL LABORA _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ CARGO _____

CORREO ELECTRONICO _____

FECHA DE INGRESO _____

BENEFICIO FUNERARIO

NOMBRE BENEFICIARIO (S): _____

DPI BENEFICIARIO (S): _____

NO. TEL BENEFICIARIO(S): _____

(F) _____

COFAQUI