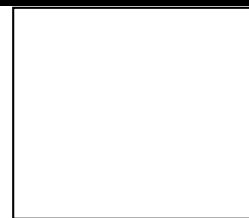




CSBR
Cámara Salvadoreña de Bienes Raíces

SOLICITUD PARA SOCIOS
CAMARA SALVADOREÑA DE BIENES RAICES
Condominio los Héroes, 2º nivel local 2V San Salvador.
Teléfono 2226-1463 Fax: 2225-5557



Fotografía

Datos Personales

Nombre: _____

Dirección de Residencia : _____

Teléfono: _____

Email: _____ Celular: _____

DUI: _____ NIT: _____

Estado Civil: _____ Nombre del Cónyuge: _____

Lugar de trabajo de su cónyuge _____

Puesto que ocupa _____

Telf. De oficina _____ Telf. Móvil _____

de la Empresa

Nombre de la Empresa : _____

Numero de NIT: _____ N° Registro Fiscal: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____ Fax: _____ Pág.. Web: _____

Representante Legal: _____ Teléfono: _____

¿Desde cuando inició operaciones? _____

¿Anteriormente ha pertenecido a la Cámara ? _____ ¿Hasta cuando? _____

Datos de facturación

Su facturación la desea a nombre de _____ :

Crédito Fiscal Consumidor Final Registro _____ Actividad Económica _____

Rubro de Trabajo

<input type="checkbox"/> Venta y Alquiler de propiedades	<input type="checkbox"/> Decoración de interiores	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Administración de propiedades	<input type="checkbox"/> Desarrollo de Proyectos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lotificaciones	<input type="checkbox"/> Venta de Proyectos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Asesoría inmobiliaria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avaluos	<input type="checkbox"/> Asesoría legal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diseño Arquitectonico	<input type="checkbox"/> Remodelaciones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros _____		

(Especifique)

Departamentos y Municipios del país en donde trabaja.

Departamentos _____ Municipios _____

¿Está Afiliado a otras Asociaciones? _____

¿A cual y que tiempo tiene de pertenecer? _____

Referencias

Laborales o de personas que den referencia de su trabajo en Bienes Raíces.

Nº	Nombre Completo	Lugar de Trabajo	Teléfono

De personas que le conozcan.

Nº	Nombre Completo	Lugar de Trabajo	Teléfono

De familiares que no residan con usted.

Nº	Nombre Completo	Lugar de Trabajo	Teléfono

Miembros de la Cámara que lo presentan o apadrinan

* Nombre _____ Código _____
* Nombre _____ Código _____

***Adjuntar carta de referencia o recomendación por escrito del socio que lo apadrina.**

Período de pago de membresía

(Por anticipado)

Mensual
Trimestral
Semestral

Forma de Pago

Por medio de Banco
En oficina

Declaro en calidad de solicitante, que lo anotado en esta solicitud es verídico. Autorizo a la CSBR a que verifique la información antes descrita.

Fecha de la Solicitud _____ Firma del solicitante _____

ESPACIO RESERVADO PARA LA CAMARA

Fecha de ingreso de la solicitud _____ Código asignado
Aprobada Denegada
Numero de Acta _____ Fecha de la resolución _____

Comentarios: _____

Firma Presidente JD

Firma Secretaria JD

Firma Coordinador comité