



POR LA VIDA, LA ESPERANZA Y RENOVACIÓN DE MÉXICO

Agrupación Política Estatal

SOLICITUD DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL

FECHA

DÍA / MES / AÑO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO

MASCULINO

FEMENINO

SEXO

LUGAR DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

DOMICILIO

CALLE

NÚMERO

COLONIA

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

()

LADA

TELÉFONO FIJO

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO CELULAR

OCUPACIÓN

LUGAR DONDE LABORA

CARGO

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS

ESPECIFICAR ESTUDIOS

CLAVE DE ELECTOR

FOLIO DEL I.F.E.
(AL FRENTE DE LA CREDENCIAL)

SECCIÓN

VIGENCIA

FIRMA

Con mi firma, manifiesto el compromiso de afiliarme libremente a la Agrupación Política Estatal, POR LA VIDA, LA ESPERANZA Y RENOVACIÓN DE MÉXICO, que tiene el propósito de ser Partido Político Estatal, cuyo nombre será POR LA VIDA, por lo que una vez alcanzado el Registro, otorgado por la Autoridad Electoral, estoy de acuerdo en ser considerado miembro del nuevo PARTIDO POR LA VIDA, con los derechos y obligaciones que establezcan sus Estatutos.

NOMBRE DEL PROMOTOR

Con esta solicitud, se deberá presentar copia simple de la Credencial de Elector del solicitante