


Datos del beneficiario

Nombre(s):		Apellido paterno:		Apellido materno:		
Fecha de nacimiento:			¿Nació en	el Sanatorio Español?	○Sí ○No	
Nacionalidad:		Estado civil:		Ocupación:		
Domicilio actual:				Colonia:		
Teléfono:		E-mail:				
Ciudad:		C.P.:		Estado:		
País:		CURP:				
Nombre del cónyugue:				¿Es Asociado del Sanat	torio? 🔿 Sí 🦳 No	
Nombre del padre:						
Nacionalidad:		¿Es Asociado del Sa	natorio? OSí O	No Número:		
Nombre de la madre:						
Nacionalidad:		¿Es Asociada del Sa	natorio? OSí O	No Número:		
Domicilio actual de los padres:						
Ciudad:		Estado:		País:		

R-2010/1 F-DGR-004

Asociados que apoyan e	esta solicitud		
Nombre:		Nombre:	
	Firma		Firma
No. de Asociado: F		No. de Asociado: F	
	Prefijo "F" (Fundador: Españo	ol, hijo de Español o nieto de	Español)
			nento electrónico que se encuentra en la medios a verificar y actualizarme en el
	el reglamento electrónico publicado d de asociado; por lo que solicito al		o aplicable en el momento que solicite como asociado(a).
Documentos que acomp	pañan la solicitud		
Copia de Acta de Nacimiento	Copia de Identificación Ofic	cial de quien firma la solicitud	Copia de Cédula Fiscal
Certificado Médico de buena salu	Resultado de Estudios solic Formato Datos Fiscales	itados	Otros (especifique)
Copia de Acta de Matrimonio	Torridto Datos Fiscares		
	Firma	a del solicitante	_
	Nota: si el solicitante es menor	de edad firmará cualquiera c	le sus padres
	Para uso exclu	usivo de la Institución	
Fecha:	Familia	:	Observaciones:
Donativo:	Zona	:	
Cuota mensual:	Aceptado	:	
Asociado:			

Página 2 de 2