



**A.T.A.C.S.**

Asociación Tribal Afrodescendientes del Caribe Sur.  
Cédula jurídica: 3-002-818782. Correo: info@atacs.org  
OFICINA: Casa de la Cultura MARCUS GARVEY  
Provincia de Limón, Cantón de Talamanca, Distrito: Cahuita.  
Teléfono: 6205-3254

**SOLICITUD DE AFILIACION**

Por medio de la presente formalizo mi solicitud de afiliación a la Asociación Tribal Afrodescendientes del Caribe Sur y acepto pagar la tarifa de admisión solicitada de Col. 10 000. —(Diez Mil Colones).  
Seguido sírvanse tomar nota de mis datos:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN COMPLETA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE JUNTA DIRECTIVA.**

La Junta Directiva tomara la decisión si la solicitud es aceptada o no. Tiempo máximo un mes para informar de la condición del solicitante.

| CONDICION DE LA AFILIACION | FECHA (DD/MM/AA) | ACTA NUMERO | # DE ACUERDO | CUOTA # recibo | COPIA ID         | CARTA 2 RC       |
|----------------------------|------------------|-------------|--------------|----------------|------------------|------------------|
| ACEPTADA                   |                  |             |              | SI ( ) NO ( )  | SI ( )<br>NO ( ) | SI ( )<br>NO ( ) |
| RECHASADA                  |                  |             |              |                | SI ( )<br>NO ( ) | SI ( )<br>NO ( ) |

REVISADA POR LA SECRETARÍA DE LA JUNTA DIRECTIVA ATACS.

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

ID: IDENTIFICACION RC: RECOMENDACIÓN DD/MM/AA: DIA/MES/AÑO