

ACAMS SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS

FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

I. Contacto *(Artículos con * son obligatorios)*

*Sr. / Sra. / Sta. *Nombre: _____ Inicial: _____ *Apellido: _____

*Compañía / Institución: _____ *Título: _____ Departamento: _____

*Dirección Postal *(Por favor, no P.O. 's):* _____

*Ciudad _____ *Estado _____ *Provincia _____

*Código Postal _____ *País: _____

*Tel: _____ Fax: _____ *Email: _____ Página Web: _____

II. Categoría de Membresía *(Por favor seleccione el tipo de membresía de ACAMS que usted tiene)*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Miembro Certificado | <input type="checkbox"/> Miembro Académico |
| <input type="checkbox"/> Miembro Professional | <input type="checkbox"/> Miembro Estudiantil |
| <input type="checkbox"/> Miembro Gubernamental | <input type="checkbox"/> Miembro Asociado |
| <input type="checkbox"/> No es Miembro | |

(Para inscribirse como miembro de un capítulo se requiere que su membresía de ACAMS esté activa. Si no es miembro de ACAMS, por favor envíe su solicitud de capítulo junto con la solicitud de ACAMS.)

III. Capítulo en el que desea inscribirse *(Por favor seleccione todos los que guste):*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Capítulo Metro. Nueva York: US\$50 | <input type="checkbox"/> Capítulo de Monterrey: US\$50 |
| <input type="checkbox"/> Capítulo de Canadá: US\$50 | <input type="checkbox"/> Capítulo de los Emiratos Árabes: <i>(Ilámenos)</i> |

IV. Formas de Pago

- Cheque endosado a ACAMS**
- Transferencia Bancaria a Mellon United National Bank, Miami, FL USA**
Número *(Routing)*: #067009646, Número de Cuenta: #0051146587
- Cargar a Tarjeta de Crédito:** **MasterCard** **Visa** **American Express** **Discover**

Número de Tarjeta: _____ **Fecha de Expiración: Date:** _____

- Código de Oferta:** _ _ _ _ _

Para obtener información electrónica sobre el Programa de Desarrollo de Capítulos de ACAMS (disponible en inglés únicamente), visite www.acams.org/Chapters/default.aspx. Si desea inscribirse a algún capítulo o desea más información sobre cómo establecer un capítulo en su área, por favor envíe un correo electrónico al info@acams.org o llame al 305-373-0020.

Si esta solicitud es aceptada, acuerdo que en todo momento en la actualidad y en el futuro como miembro de la ACAMS respetaré y actuaré en cumplimiento con los Standards y Estatutos de la Asociación de Especialistas Certificados en Antilavado de Dinero (ver: www.acams.org). Con mi firma al pie de la presente, declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta en mi leal saber y entender. Me notifico que el brindar información falsa o engañosa en o en relación con esta solicitud puede constituir la razón para la negativa o revocación de mi inscripción, a sola discreción de ACAMS.

Firma: _____ Fecha: _____

Llene y envíe por fax al 305-373-7788, atención Perla Ortiz