



# CLUB DE PROVEEDORES

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Los datos proporcionados son confidenciales  
y no se proporcionarán a ninguna persona moral o física, salvo los solicitados por el Supremo Consejo.

REGISTRO DE GRAN LOGIA:

EXPEDIENTE DEL GRAN ORIENTE:

RESPETABLE LOGIA SIMBÓLICA:

FOTOGRAFÍA

Por medio de la Presente solicito a la Ordo Ex Aquila de Aurum S.A. de C.V. ser admitido como miembro asociado, a fin de participar de los beneficios y tareas que esa institución ofrece o en lo sucesivo pudiera ofrecer a sus miembros asociados y socios.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

Domicilio de Trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales: \$ \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales Familiares: \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono Comercial: \_\_\_\_\_ Movil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Puesto en la empresa: \_\_\_\_\_

Servicios que presta o que produce o ministra a sus clientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Manifieste el porcentaje que ofrece por comisión sobre ventas o representación a esta Institución: \_\_\_\_\_

Manifieste el porcentaje de descuento que ofrece a la Institución como su distribuidor: \_\_\_\_\_

Capacidad de producción tiene al mes: \_\_\_\_\_

Condiciones de pago: 50, 50%  Contado  Crédito  Ventas a Gobierno: \_\_\_\_\_ Ventas a Particulares: \_\_\_\_\_

Otras. Especifique: \_\_\_\_\_

No. de sucursales: \_\_\_\_\_ No. de empleados: \_\_\_\_\_ Egresos mensuales: \_\_\_\_\_ Gasto familiar: \_\_\_\_\_

Cuentas bancarias para depósito Banco \_\_\_\_\_ Cuenta \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Cuenta \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

## Datos Familiares

Edad Años

Luvetón

Teléfono

Nombre del cónyuge: _____				
Nombre del hijo(a) _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	_____
Nombre del hijo(a) _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	_____
Nombre del hijo(a) _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	_____
Nombre del hijo(a) _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	_____
Nombre del hijo(a) _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	_____
Parentesco				
En caso de accidente avisar a: _____				

### DATOS DE FACTURACIÓN:

Nombre: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

Domicilio fiscal: \_\_\_\_\_

### Realice un croquis de su empresa o trabajo.

### Realice un croquis de su domicilio particular

### REFERENCIAS:

NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

#### TIPO DE AFILIACIÓN:

**Solo para miembros del R.:N.:M.: y/o de la O.: E.: A.: D.: A.: , S.: A.: D.: C.: V.:**

**ADHERENTE**  
 Pago de Cápita mensual a la Orden \$ 50.00  
 Pago de Cápita mensual a Logia Simbólica \$ \$100.00  
 Acepto

**ASOCIADO**  
 Pago de Cápita mensual a la Orden \$ 50.00      Festejos y Fiestas \$ 50.00  
 Pago de cápita a la Logia Simbólica \$ 100.00      Ahorro e inversión \$ 50.00  
 Aportación al Fondo de Emergencias \$ 50.00      Acepto

**ADOPTIVO (Mujeres y Luvetones)**  
 Acepto      Pago de Cápita mensual a la Orden VOLUNTARIA, misma que se quedará para la logia simbólica  
 (en caso de ser Mujer, la cápita por iniciación será mínima de \$350.00). Deberá hacer aportaciones por evento.

El monto de cápitas puede ser modificado por acuerdo del Supremo Consejo; y el monto de las aportaciones por voluntad propia de los miembros socios y asociados en lo individual; la cápita de las logias simbólicas será modificada en base a las necesidades y resoluciones de cada grupo. La cápita por aumento de grado, no es aplicable para los socios y asociados que han cumplido con el programa de trabajo y se encuentran a plomo por no menos de 12 meses consecutivos. Los socios adherentes deberán cubrir cápitas por aumento de grado, títulos, literatura, credenciales, banquetes, etc.

#### APOYO DE MAESTROS MASONES

Acepto

_____	_____	_____
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
_____	_____	_____
FIRMA	FIRMA	FIRMA

LA PRESENTE SOLICITUD NO SE TRAMITARÁ SIN FOTOGRAFÍA. EL PAGO DEBERÁ REALIZARSE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS HÁBILES DE CADA MES EN SU LOGIA O A LA CUENTA No. 655603403 DE BANORTE A NOMBRE DE ORDO EX AQUILA DE AURUM, S.A. DE C.V. ENVÍE FICHA POR CORREO-E A [masonic.business@ordoex.com.mx](mailto:masonic.business@ordoex.com.mx)