



**FEDERACION DE COMISIONES DE BOX
PROFESIONAL DE LA REPUBLICA MEXICANA
FECOMBOX**

**SE REQUIERE ANEXAR EL NOMBRAMIENTO DEL
PRESIDENTE DE LA COMISION OTORGADO POR SU
PRESIDENTE MUNICIPAL**

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Nombre de la Comisión : _____
Dirección: _____
Ciudad : _____ C.P. _____
Teléfono : _____ e mail: _____ Fax: _____

COMITE EJECUTIVO

Presidente:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Vicepresidente:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Secretario:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Tesorero:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

SERVICIO MEDICO

Director:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Subdirector:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Auxiliar:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Auxiliar:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

COMISIONADOS Y OFICIALES

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Nombre:	Teléfono:
Cargo:	e mail:
Dirección:	
Ciudad:	C.P.

Firma del Presidente: _____

Lugar y fecha: _____