|  |
| --- |
| AGROASEMEX, S.A. |
| **Anexo “A1”**  **Cédula de Inscripción, para los Organismos Integradores Estatales, Locales o Nacional, al Sistema Nacional de Aseguramiento Agropecuario**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Homoclave del Trámite (COFEMER) |  | Folio: | | AGROASEMEX-00-001 |  | 000 | | Fecha de publicación del formato en el DOF: |  | Fecha de solicitud del Trámite: | | 26/12/2017 |  | dd/mm/aaaa |  |  | | --- | | 1. Razón o Denominación Social del Organismo Integrador |  |  | | --- | | Solicitud de Inscripción y Declaración de Adhesión al Sistema Nacional de Aseguramiento Agropecuario. |  |  | | --- | | En nombre de mi representada, solicito su inscripción en el Sistema Nacional de Aseguramiento Agropecuario, por lo cual manifestó expresamente su conformidad en sujetarse a lo dispuesto por las Reglas de Operación del Programa de Aseguramiento Agropecuario y a los Lineamientos para la aplicación de las mencionadas Reglas, expedidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. |  |  | | --- | | Datos del Organismo Integrador |  |  |  | | --- | --- | | (2) No. De la Escritura constitutiva: | (6) Fecha de Constitución: | | (3) Notario: | (7) Duración: | | (4) Datos de Inscripción en el R.P.P. y C. | (8) Nombre de los Fondos de Aseguramiento u Organismos Integradores Afiliados: | | (5) No. de Autorización o Registro ante SHCP: | (9) Registro Federal de Contribuyentes: |  |  | | --- | | Representante Legal |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | (10) Cargo: | (11) Nombre(s): | Primer Apellido | Segundo Apellido | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | | (12) Número de Escritura Poder: | | | | | |  | | | | |  |  | | --- | | Persona(s) Autorizada(s) para Realizar los Trámites del Componente de Apoyos |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | (13) Cargo: | (14) Nombre(s): | Primer Apellido | Segundo Apellido | (15) Firma | |  |  |  |  |  | | (16) Escritura Poder: | | | | |  |  | | --- | | Domicilio Fiscal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | | Tipo de vialidad:  (Por ejemplo: Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros.) | | (17) Nombre de vialidad: | | En caso de ser carretera llenar la siguiente información: | | Tipo de administración (marcar con una X):   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Federal | Estatal | Municipal | | | Derecho de Tránsito (marcar con una X):   |  |  | | --- | --- | | Libre | Cuota | | | Código de la carretera: | | Tramo de la carretera: | | Cadenamiento: | | En caso de ser camino llenar la siguiente información: | | Término Genérico (marcar con un X):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Brecha | Camino | Terracería | Vereda | | | Tramo del camino: | | Margen (marcar con una X):   |  |  | | --- | --- | | Derecho | Izquierdo | | | Cadenamiento: | | |  |  | | --- | --- | | (18) Código postal: | Número interior: | | (19) Localidad: | | | (20) Número/s) de teléfono: | | | (21) Número exterior: | | | (22) Nombre del Municipio o Delegación: | | | (23) Correo electrónico: | | | (24) Fax: | | | (25) Nombre del Estado o Distrito Federal: | | | (26) Nombre de la colonia o asentamiento humano: | | |  |  | | --- | |  |  |  | | --- | | Para Beneficiarios del Componente de Apoyo a los Fondos de Aseguramiento Agropecuario |  |  | | --- | | Razón o denominación social del Organismo Integrador Estatal, Local o Nacional: |  |  | | --- | | Cuenta Bancaria para el depósito del Componente de Apoyo a los Fondos de Aseguramiento Agropecuario |  |  |  | | --- | --- | | (27) Nombre del Banco: | (31) Municipio: | | (28) Sucursal: | (32) CLABE: | | (29) Localidad: | (33) Estado: | | (30) Número de Cuenta: | (34) Colonia: |     Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en la presente cédula es verídica y que las facultades y representación otorgada en mí favor, no me han sido modificada, limitada ni revocada en forma alguna.  En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ |

ATENTAMENTE

EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL ORGANISMO INTEGRADOR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESIDENTE | SECRETARIO | TESORERO |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Nombre, firma y  domicilio particular) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Nombre, firma y  domicilio particular) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Nombre, firma y  domicilio particular) |