



World Blind Union
Union Mondiale Des Aveugles
Unión Mundial de Ciegos

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Datos de la organización

Nombre de la organización solicitante:

Dirección:

Ciudad y código postal:

País:

Número de Teléfono:

Número de móvil:

Dirección de correo electrónico:

Sitio web:

Datos de la persona de contacto:

Nombre de la persona de contacto:

Cargo/Función en la organización:

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Acerca de su organización

1. ¿Se trata de una organización de y/o para personas ciegas?

De ciegos _____

Para ciegos (ofrece servicios) _____

De y para ciegos _____

2. ¿Se trata de una organización internacional, nacional, regional o local?

3. ¿Qué categoría de miembro se solicita?

a. Nacional _____

b. Internacional _____

c. Asociado _____

Tenga en cuenta que si la UMC ya tiene un miembro nacional de su país, deberá consultarlo como parte del proceso de solicitud.

Fecha

Firma

Agradecemos envíe el formulario de solicitud debidamente completo junto con información acerca de su organización, estatutos (si los tuviere) y otros documentos pertinentes.

De preferencia, agradecemos nos envíe toda la documentación relacionada con la solicitud vía correo electrónica info@wbu.ngo, en formato MS Word, para facilitar la accesibilidad.