



MEMBERSHIP APPLICATION SOLICITUD DE MEMBRESIA

COMPANY NAME / RAZON SOCIAL DE LA COMPAÑÍA

TRADE NAME OF THE COMPANY / NOMBRE COMERCIAL DE LA COMPAÑÍA

NAME OF EXECUTIVES IN THE COMPANY / NOMBRE DE LOS EJECUTIVOS DE LA COMPAÑÍA

1. PRESIDENT/PRESIDENTE: _____
EMAIL: _____ PHONE: _____
2. EXECUTIVE DIRECTOR / DIRECTOR EJECUTIVO: _____
EMAIL: _____ PHONE: _____
3. GENERAL MANAGER / GERENTE GENERAL: _____
EMAIL: _____ PHONE: _____
4. MARKETING MANAGER / GERENTE DE MERCADEO: _____
EMAIL: _____ PHONE: _____
5. HUMAN RESOURCES MANAGER / GERENTE DE RECURSOS HUMANOS: _____
EMAIL: _____ PHONE: _____
6. PAYMENT OFFICER / ENCARGADO DE PAGOS: _____
EMAIL: _____ PHONE: _____

COMPANY'S INFORMATION / INFORMACION DE LA COMPAÑÍA

ADDRESS / DIRECCION: _____

OFFICE PHONE: _____ FECHA DE ANIVERSARIO: _____

WEB PAGE / PAGINA WEB: _____

FACEBOOK: _____ INSTAGRAM: _____

X: _____ LINKEDIN: _____

OTRAS: _____

CATEGORY OF COMPANY – CATEGORIA DE LA EMPRESA

MEMBERSHIP DUES ARE PAYABLE ANNUALLY IN ADVANCE AND ARE CALCULATED BASED ON THE COMPANY'S CATEGORY, AS CLASSIFIED BELOW. PLEASE CHECK THE CATEGORY IN WHICH YOUR COMPANY BELONGS.

LAS CUOTAS DE MEMBRESIA DEBERAN SER CANCELADAS ANUALMENTE POR ADELANTADO DEPENDIENDO DE LA CATEGORÍA A LA CUAL PERTENECE LA EMPRESA, SEGUN LA CLASIFICACION ABAJO DESCRITA.

TYPE OF COMPANY / TIPO DE COMPAÑIA: (Select 1 option/ Selecciona 1 opción)
PLEASE INDICATE THE CATEGORY THAT CORRESPONDS TO YOUR COMPANY. /
FAVOR INDICAR LA CATEGORIA CORRESPONDIENTE A SU EMPRESA.

_____ FOREIGN COMPANY (NO HONDURAN IP REGISTRATION) /
COMPAÑIA FORÁNEA (SIN REGISTRO EN IP DE HONDURAS)

_____ GROUP OF NATIONAL OR FOREIGN COMPANIES CONFORMED BY
TWO OR UP TO 4 COMPANIES / GRUPO DE EMPRESAS NACIONALES O
EXTRANJERAS CONFORMADA POR DOS O HASTA 4 EMPRESAS

_____ MULTINATIONAL COMPANY / COMPAÑIA MULTINACIONAL

_____ REGIONAL COMPANY / COMPAÑIA REGIONAL

_____ HONDURAN COMPANY / COMPAÑIA HONDUREÑA

CURRENT CAPITAL / CAPITAL ACTUAL DE LA EMPRESA:

ANUAL PAYABLE TAXES / IMPUESTOS ANUALES A PAGAR:

NUMBER OF EMPLOYEES / NUMERO DE EMPLEADOS: _____

BUSINESS ACTIVITY – ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

PLEASE CHECK ALL CATEGORIES THAT APPLY / FAVOR INDICAR TODAS
AQUELLAS QUE SEAN APLICABLES:

SPECIFY AREA / ESPECIFICAR AREA

TRADE / COMERCIO:	_____	_____
EXPORTER / EXPORTADOR:	_____	_____
IMPORTER / IMPORTADOR:	_____	_____
AGENT / REPRESENTANTE:	_____	_____
FINANCE / FINANCIERO:	_____	_____
TRAVEL TOURISM / TURISMO:	_____	_____
MANUFACTURER / FABRICA:	_____	_____
AGRICULTURE / AGRICULTURA:	_____	_____
LUMBER / MADERA:	_____	_____
MINING / MINERIA:	_____	_____
SEAFOOD / MARISCOS:	_____	_____
TRANSPORT / TRANSPORTE:	_____	_____
OTHERS / OTROS:	_____	_____
SPECIFY / ESPECIFIQUE:	_____	_____

SPECIFY COMPANY'S PRODUCT OR SERVICES / ESPECIFIQUE LOS PRODUCTOS O
SERVICIOS DE LA EMPRESA:

MONTHLY PRODUCTION CAPACITY ACCORDING TO PRODUCT / CAPACIDAD DE PRODUCCION MENSUAL POR PRODUCTO:

ANUAL EXPORTS / EXPORTACIÓN ANUAL:

ACTUAL MARKET / MERCADO ACTUAL: _____

DESIRED MARKET / MERCADO DESEADO: _____

OTHER INTERESTS / OTROS INTERESES: _____

DESIRED CONTACTS / CONTACTOS DESEADOS:

SPECIFY / ESPECIFIQUE

JOIN VENTURES:	_____	_____
EXPORTER / EXPORTACION	_____	_____
IMPORT / IMPORTACION	_____	_____
AGENTS / REPRESENTACION	_____	_____
TECHNICAL ASSISTANCE	_____	_____
OTHER / OTROS	_____	_____

THE UNDERSIGNED AUTHORIZES AMCHAM TO RELEASE, AT ITS OWN DISCRETION, THE INFORMATION PROVIDED IN THIS FORM. IF ANY INFORMATION SHOULD BE KEPT CONFIDENTIAL, A WRITTEN DECISION WILL BE ENCLOSED HEREWITH.

EL ABAJO FIRMANTE AUTORIZA A AMCHAM A DIVULGAR LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO SEGUN ESTIME CONVENIENTE. DE DESEAR SE MANTEGA PARTE DE LA INFORMACION CONFIDENCIALMENTE, ADJUNTAR POR ESCRITO A ESTE FORMULARIO TAL DECISION.

THE UNDERSIGNED AUTHORIZES AMCHAM TO VERIFY THE COMPANY ON OFAC AND ONU'S LISTS AND AGREES THAT AMCHAM MAKES THE NECESSARY RESEARCH IN ORDER TO ACCEPT YOUR MEMBERSHIP APPLICATION.

EL ABAJO FIRMANTE AUTORIZA A AMCHAM A VERIFICAR SU COMPAÑÍA EN LOS LISTADOS DE OFAC Y ONU, Y ACEPTA QUE AMCHAM HAGA LAS INVESTIGACIONES NECESARIAS PARA ACEPTAR SU SOLICITUD DE AFILIACIÓN.

SIGNATURE OF COMPANY REPRESENTATIVE
(FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA)

DATE / FECHA

COMPANY'S REPRESENTATIVE / NOMBRE DEL REPRESENTANTE: _____

TITLE / CARGO: _____

PRESENTADO A COMITÉ DE MEMBRESÍAS DE AMCHAM: _____

DATE / FECHA

APROBADA POR: _____

PRESIDENTE O COMITÉ DE MEMBRESIAS

DIRECTOR EJECUTIVO