

INSCRIPCIÓN DE VINCULACIÓN AL PROGRAMA DE ASESORÍA PERSONALIZADA

FORMULARIO No. _____ FECHA DE RADICACIÓN: DIA ____ MES ____ AÑO 2016

HORA: _____

NOMBRE DEL ASOCIADO	
DROGUERÍA	
CÓDIGO DE LA DROGUERÍA	
DIRECCIÓN	
BARRIO	
CIUDAD	
TELÉFONO DROGUERÍA	
CELULAR ASOCIADO	

Manifiesto mi interés en inscribirme en el programa de asesoría personalizada, organizado por COPIDROGAS, para lo cual informo que estoy dispuesto a que se me practique la visita inicial a la droguería, donde suministraré la información comercial, financiera y administrativa necesaria, y desde ya me comprometo a recibir la asesoría que se convenga, a suministrar la información complementaria, participar en la elaboración del diagnóstico y en la adopción de los planes de mejoramiento, así como poner en marcha las actividades acordadas, el seguimiento y la evaluación para el cumplimiento de las mismas.

Mis compras promedio mensual a la cooperativa son \$ _____

En constancia firmo, a los ____ días del mes de _____ de 2015

FIRMA ASOCIADO		CC	
----------------	--	----	--