

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST

Fecha: día ____ mes ____ año ____

DATOS DEL ASOCIADO

Nombre y apellido:			
Droguería:		Código:	
Dirección :			
Ciudad:		Departamento:	
Teléfono y celular:			
Correo electrónico:			

El tipo de implementación el cual va a trabajar la ejecución del sistema será por parte de un consultor.

Valor Implementación por parte de un consultor	\$ 171.600 + IVA	Costo mensual con cargo al asociado
--	------------------	-------------------------------------

NOTA: Los valores relacionados para la implementación no cubren los gastos de transporte del consultor.

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante:					
Documento de identidad:		Fecha de nacimiento:	DÍA	MES	AÑO
Correo electrónico:					
Teléfono:		Celular:			
Ciudad:		Departamento:			

Teniendo en cuenta lo anterior: Autorizo a FUNDECOPÍ para que me sea facturado en COOPIDROGAS al código de la droguería que he relacionado arriba, el valor correspondiente a la asesoría según la opción elegida

Nombre legible del asociado:		
Firma del asociado:	Documento de identidad del asociado:	

NOTA se debe diligenciar un formulario de inscripción por cada participante.

Por favor enviar la información via fax al número (1) 212 40 33 Ext. 102 y/o digital al correo electrónico comitedeeducacion@scalando.net