

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN PARA LA ASESORÍA CONTINUA

### Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST

Fecha: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

#### DATOS DEL PARTICIPANTE (ASOCIADO - REPRESENTANTE)

Nombre y apellido:

Droguería:

	Código:	
--	---------	--

Dirección :

Ciudad:

	Departamento:	
--	---------------	--

Teléfono y celular:

Correo electrónico:

**EL VALOR MENSUAL DE LA ASESORÍA ES DE \$15.000 MENSUALES DURANTE 1 AÑO**

**NOTA:** Los valores relacionados para la implementación **NO** cubren los gastos de alojamiento y transporte del asesor

**Teniendo en cuenta lo anterior autorizo a Fundecopi para que me sea facturado en COOPIDROGAS al código de la droguería que he relacionado en el formulario, el valor correspondiente a la asesoría.**

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 [asesoriatecnica@fundecopi.org.co](mailto:asesoriatecnica@fundecopi.org.co)