

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN CAPACITACIÓN VIRTUAL SOCIAL SELLING PARA COOPIDROGUISTAS

Nombre Asociado (a) _____

Nombre Droguería _____ Código _____

Teléfono Celular _____ Doc. Identidad _____

Ciudad _____ Departamento _____

Correo Electrónico _____

Participa Asociado (a) en la actividad Sí _____ No _____

Para participar en esta actividad, solicito la inscripción de los siguientes familiares y/o empleados:

Nombre _____

Parentesco _____ F. Nacimiento _____

Doc. Identidad _____ Expedida en _____ Celular _____

Correo Electrónico _____

Nombre _____

Parentesco _____ F. Nacimiento _____

Doc. Identidad _____ Expedida en _____ Celular _____

Correo Electrónico _____

Manifiesto que me comprometo a cancelar el valor de la inscripción, para lo cual autorizo a la Cooperativa a facturar el mismo; igualmente en caso de inscribirme y no participar pagaré el costo total de la actividad equivalente a \$38.333 por cada persona inscrita.

Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, informamos que los datos acá registrados serán utilizados para las finalidades mencionadas en el AVISO DE PRIVACIDAD de COOPIDROGAS, el cual se encuentra publicado en la página web www.coopidrogas.com.co junto con sus derechos y la forma en que puede ejercerlos.

Firma asociado (a) _____
c.c.