

Recibido el: día ____ mes ____ año ____

DATOS DEL ASOCIADO

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

TUTORÍA EN LA CUAL DESEA INSCRIBIRSE:

Curso : () Taller: () Seminario: () Bolsa de entrenamiento empresarial: ()

Nombre del programa: _____

Horario: _____

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante:			
Documento de identidad:		Fecha de nacimiento:	<input type="text" value="DIA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>
Correo electrónico:			
Teléfono:		Celular:	
Ciudad:		Departamento:	

Teniendo en cuenta lo anterior: Autorizo a FUNDECOPI para que me sea facturado en COOPIDROGAS al código de la droguería que he relacionado arriba, el valor correspondiente de la tutoría.

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

Nota: Por cada participante se debe diligenciar un formato de matrícula. Por favor enviar la información por fax al teléfono (1) 212 40 33 Ext. 102 o al correo electrónico: comitedeeducacion@fundecopi.org.co