**Formulario de solicitud de afiliación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Solicitud: |  | Código de Asociado: |  |

**INFORMACIÓN DE LA EMPRESA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Comercial: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Razón Social: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cédula Jurídica o Física: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección exacta: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono: |  | Celular: (WhatsApp) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo principal: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo facturas: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inscrito en el MEIC: | Si |  | No |  | Inscrito en Hacienda: | Si |  | No |  |
| Patente Municipal: | Si |  | No |  | Permiso Ministerio de Salud: | Si |  | No |  |

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Representante Legal: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cédula: |  | Teléfono: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo: |  |

**INFORMACIÓN COMERCIAL:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sector al que pertenece:** | | Comercio | Turismo | Industria |
| Agricultura | Educación | Servicios | Tecnología | |

|  |  |
| --- | --- |
| Otro: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Describa la principal actividad de su empresa: |  |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Servicios o productos que ofrece: |  |
|  | |
|  | |

**NECESIDADES DE CAPACITACIÓN:**

Seleccione las capacitaciones en las que tiene necesidad su empresa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mercadeo y Ventas | | Finanzas | Servicio al cliente |
| Mercadeo Digital | | Liderazgo | Informática y Tecnología |
| Emprendedores | | Motivación | Empresas familiares |
| Otro: |  | | |

**INFORMACIÓN DE LA CUOTA Y FORMA DE PAGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Monto de la cuota mensual: | ¢ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medio de pago:** | Efectivo | | Sinpe Móvil 8791-6398 | | | | | |
| Transferencia | BN | BCR | | Coopealianza | | Coopeservidores | |
|  |  |  | |  | |  | |
| **Forma de pago:** | Mensual | | Trimestral | | Semestral | | Anual (descuento 10%) | | |

**RECOMENDACIÓN DE DOS ASOCIADOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Representante |  | Nombre empresa |
|  |  |  |
| Representante |  | Nombre empresa |

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma |  | Cédula |

|  |
| --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DE LA CÁMARA** |

|  |  |
| --- | --- |
| Aprobada por Junta Directiva en Sesión Nº: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Día: |  | Mes: |  | Año: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Firma Presidente |  | Firma Secretario |  | Firma Tesorero |