

FORMATO DE INSCRIPCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN Sistema de Gestión de Calidad SGC

Fecha: día ____ mes ____ año ____

DATOS DEL ASOCIADO			
Nombre y apellido:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Droguería:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"><input style="width: 98%;" type="text"/></td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Código:</td> </tr> </table>	<input style="width: 98%;" type="text"/>	Código:
<input style="width: 98%;" type="text"/>	Código:		
Dirección:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ciudad:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;"><input style="width: 98%;" type="text"/></td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Departamento:</td> </tr> </table>	<input style="width: 98%;" type="text"/>	Departamento:
<input style="width: 98%;" type="text"/>	Departamento:		
Teléfono y celular:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Correo electrónico:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

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

PASO 1	<input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO	\$ 200.000
PASO 2	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN PARA LA DOCUMENTACIÓN Y PUESTA EN MARCHA	\$ 500.000
PASO 3	<input type="checkbox"/>	AUDITORIA INTERNA	\$ 200.000

PARA TENER EN CUENTA:

- ▶ La información suministrada debe ser brindada por parte del asociado o Director Técnico de la droguería
- ▶ Las solicitudes a nivel nacional para la implementación del SGC, con ocasión del desplazamiento del consultor, no cubre gastos de transporte, alojamiento y manutención, por lo anterior, es importante aclarar que se debe tener como mínimo (20) veinte solicitudes para garantizar el traslado del consultor y que, a su vez, los valores de los mismos sean más cómodos y moderados para el asociado.

AUTORIZACIÓN:

De acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, garantizo que los datos suministrados son reales y verídicos, por ello, autorizo a FUNDECOPI para el uso de los mismos con los fines pertinentes a que haga lugar según la ley 581 de 2012.

Nombre legible del asociado	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Firma del asociado:	Documento de identidad del asociado

Diligencie el formulario y envíelo vía fax a los números, 212 40 33 y/o 212 41 71 Ext. 102, también, puede escanearlo y enviarlo al correo electrónico auxiliar@fundecopi.org.co. Es importante que confirme la recepción de su inscripción vía telefónica 212 40 33, 212 41 71 Ext. 104-106.