



RICARDO PINEDA

Vive sin miedos
¡Sé feliz!

B/QUILLA MAYO 17



CALI MAYO 22

¡Sé feliz!
¿Quién dijo miedo?

HUMBERTO MONTES

PRECIO COOPCARVAJAL
\$45.000 c/u



Diligencia el formulario y envíalo a:
asistentecomercial.cali@coopcarvajal.com



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE DE ASOCIADO _____ CEDULA _____

EMPRESA _____ TEL/EXT _____

CELULAR _____ TEL/CASA _____ E-MAIL _____

Ciudad del evento:

Número de asistentes:

☐ CALI ☐ B/QUILLA

N° _____

Soy consciente de los riesgos que se corren por parte del suscrito y de su grupo familiar, aún de los menores que bajo mi responsabilidad participan de las actividades programadas por COOPCARVAJAL, respecto de adquirir enfermedades, accidentes y/o alteración del orden público, que podrían tener consecuencias y afectar a los participantes, hechos y consecuencias de los cuales relevo de toda responsabilidad a COOPCARVAJAL, con la firma del presente documento.

Estoy enterado de que los eventos y actividades en que participan los asociados a COOPCARVAJAL, como su grupo familiar y/o invitados, se llevan a cabo por parte de terceros, proveedores o contratistas de la citada Cooperativa, y manifiesto en forma incondicional e irrevocable que admito y declaro que COOPCARVAJAL no es responsable del resultado o las consecuencias derivadas de la asistencia a los eventos y actividades programadas a las que asisto, como a las que asiste mi grupo familiar y mis invitados, ajenos a COOPCARVAJAL.

Yo, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, civilmente hábil para contratar, pagaré incondicional a la vista y orden de COOPCARVAJAL, Nit 890.300.634-6, la suma de \$ _____ moneda legal por la participación de _____ persona(s) en el evento CONVERSACIONES PARA EL ALMA de la ciudad de _____. Acepto las condiciones establecidas, para el plazo y mora permitidos por la ley.

Pagaré de la siguiente manera:

☐ Si mi descuento es por nomina, autorizo a mi empleador para descontar de mi salario mensual con destino a Coopcarvajal Nit 890300634-6 la cuota que pacté correspondiente a esta actividad, en: ☐ 2 ☐ 3 cuotas mensuales.

☐ Si mi pago es por caja, en: ☐ 2 ☐ 3 cuotas mensuales.

Declaro que he leído y comprendido la totalidad del contenido, de las condiciones y exoneraciones de responsabilidad a COOPCARVAJAL, consagradas en este texto, y que con mi firma y huella acepto todo lo expresado en forma incondicional e irrevocable, en la ciudad de _____, a los _____ (____) días del mes de _____, del año _____.

FIRMA ASOCIADO

C.C No. _____

HUELLA INDICE DERECHO

VIGILADA

SUPERINTENDENCIA
DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA

