OK

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha DD/MM/AÑO **Ciudad**

NOMBRE DEL ASOCIADO _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

EMPRESA _____ TEL/EXT _____ TELÉFONO MÓVIL _____

TELÉFONO HOGAR _____ E-MAIL _____

DESEO INSCRIBIR A:

Anexar copia del documento de identidad

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	EPS	PARENTESCO
ASOCIADO ASOCIADO	☐ C.C. ☐ T.I.	DD/MM/AÑO			
INVITADO	☐ C.C. ☐ T.I.	DD/MM/AÑO			
INVITADO	☐ C.C. ☐ T.I.	DD/MM/AÑO			
INVITADO	☐ C.C. ☐ T.I.	DD/MM/AÑO			
INVITADO	☐ C.C. ☐ T.I.	DD/MM/AÑO			
INVITADO	☐ C.C. ☐ T.I.	DD/MM/AÑO			

Nota: persona que no pertenezca al núcleo familiar del asociado, registrado en Coopcarvajal, debe cancelar el 100% del valor del programa.

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.

Soy conocedor de los Seguros de Accidentes que ha tomado COOPCARVAJAL, que garantiza a los participantes cuya edad este entre los 6 meses y 89 años y acepto las condiciones y cobertura de la misma, sin reservarme derecho alguno a reclamar a COOPCARVAJAL, por sumas superiores a las coberturas de las pólizas tomadas por dicha Cooperativa.

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.

La presente autorización es irrevocable sin importar la asistencia o no a la actividad. Las personas que no formen parte del grupo familiar primario del asociado, deben cancelar el ciento por ciento (100%), del valor de programa. Las mismas condiciones aplican para los asociados externos o pensionados que paguen por caja.

Pagaré de la siguiente manera:

☐ Si mi descuento es por nómina, autorizo a mi empleador a descontar de mi salario mensual con destino a COOPCARVAJAL con Nit 890.300.634-6 la cuota que pacté correspondiente a esta actividad,
en: 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 cuotas mensuales.

☐ Si mi pago es por ventanilla,
en: 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 cuotas mensuales.

CALI
$390.000 c/u, con subsidio.
$650.000 c/u, sin subsidio.

BOGOTÁ
$445.000 c/u, con subsidio.
$735.000 c/u, sin subsidio.

MEDELLÍN
$440.000 c/u, con subsidio.
$734.000 c/u, sin subsidio.

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 2018.

VIGILADA
SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA

COOPCARVAJAL	FIRMA DEL ASOCIADO	
MARÍA DEL ROSARIO COLLAZOS		
REPRESENTANTE LEGAL	N° DE IDENTIDAD	HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO