

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A ACTIVIDADES****CÓDIGO:** FO-GS-02**VERSIÓN:** 01

GESTIÓN SOCIAL

FECHA APROBACIÓN:
Julio 05 de 2019**PÁGINA:** 1

NOMBRE DE ACTIVIDAD _____ FECHA DE LA ACTIVIDAD _____ DD / MM / AAAA
 NOMBRE DEL ASOCIADO _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____
 EMPRESA _____ E-MAIL PERSONAL _____
 TELÉFONO EMPRESA/EXT. _____ TELÉFONO RESIDENCIA _____ CELULAR _____

La presente autorización de descuento/pago es irrevocable, sin importar la asistencia o no a la actividad de una o de varias personas inscritas en este formulario. El valor del descuento/pago en caso de inasistencia será el 100% del valor de la actividad (sin aplicar el subsidio que otorga Coopcarvajal).

Las personas que no formen parte del grupo familiar primario del asociado registrado en COOPCARVAJAL deben cancelar el 100% del valor de programa.

DESEO INSCRIBIR A:

Anexar copia del documento de identidad

NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EPS	PARENTESCO
ASOCIADO		DD/MM/AAAA		
BENEFICIARIO		DD/MM/AAAA		
BENEFICIARIO		DD/MM/AAAA		
BENEFICIARIO		DD/MM/AAAA		
BENEFICIARIO		DD/MM/AAAA		
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	AL CELULAR NÚMERO:			

Soy consciente de los riesgos que corro, al igual que mi grupo familiar e invitados, 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 que los Seguros de Accidentes que ha tomado COOPCARVAJAL, que amparan a los participantes cuya edad esté 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.

Yo, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, civilmente hábil para contratar, pagaré incondicional a la vista y a la orden de COOPCARVAJAL, Nit 890.300.634-6, la suma de \$ _____ moneda legal por la participación en la actividad aquí descrita, por la compra de _____ boletas, por valor de \$ _____ c/u. Acepto todas las condiciones establecidas por COOPCARVAJAL.

NOTA: Si la actividad se financia a través de una modalidad de crédito, favor no diligenciar los siguientes campos.

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.

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 DEL ASOCIADO	HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO
N° DE IDENTIDAD	