

 ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA <small>BUCARAMANGA - FLORIDABLANCA - GIRÓN - FREDECUESTA</small>	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO: GDO-FO-092
	FORMATO DE INSCRIPCIÓN	VERSIÓN: 02

INSCRIPCIÓN DE LAS ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO -ESAL - Y CANDIDATO PARA LA ELECCIÓN DEL REPRESENTANTE ANTE LA JUNTA METROPOLITANA DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA.

FORMATO DE INSCRIPCIÓN N°

NOMBRE DE LA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO – ESAL	IDENTIFICACIÓN – NIT No.
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL – ESAL:	IDENTIFICACIÓN – C.C No.
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE DOMICILIO DE LA ESAL:	
CORREO ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIONES: (Escribir en forma legible)	
NÚMERO DE TELEFONO DE CONTACTO:	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL – ESAL:	

– EN CASO DE QUE LA ESAL INSCRIBA CANDIDATO, SÓLO PODRÁ SER UNO –	
NOMBRE DEL CANDIDATO A INSCRIBIR:	IDENTIFICACIÓN – C.C No.
CORREO ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIONES: (Escribir en forma legible)	
NUMERO DE TELEFONO DE CONTACTO:	
FIRMA DEL CANDIDATO:	

MEDIO POR EL CUAL OBTUVO INFORMACIÓN SOBRE LA ELECCIÓN (MARQUE CON X)						
PÁGINA WEB	<input type="checkbox"/>	REDES SOCIALES	<input type="checkbox"/>	OTRO MEDIO	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL OTRO MEDIO?
LUGAR Y FECHA DE LA INSCRIPCIÓN:						
NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSCRIPCIÓN:						
NOMBRE:	<input type="text"/>	C.C No.	<input type="text"/>	FIRMA	<input type="text"/>	

NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA INSCRIPCIÓN EN EL AMB:						
<input type="text"/>						
ENTREGA SOBRE:	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿CUANTOS?
OBERVACIONES / ESPECIFICACIONES:						
<input type="text"/>						
FIRMA DE QUIEN RECIBE LA INSCRIPCIÓN EN EL AMB						
<input type="text"/>						