



**FORMATO DE AFILIACION**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

C.C: \_\_\_\_\_ DE: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PROFESION U OFICIO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

ÁREA DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

FACTURAR A NOMBRE DE: \_\_\_\_\_ (NIT – CEDULA): \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE OFICINA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ ENVÍO DE CORRESPONDENCIA \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL AFILIADO QUE LO REFERENCIA: \_\_\_\_\_

QUE LO MOTIVA A FORMAR PARTE DE LA ASOCIACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMO SE ENTERO DE LA ASOCIACION \_\_\_\_\_

APROBACIÓN ACTA N° \_\_\_\_\_ FACTURA N° \_\_\_\_\_ RECIBO DE CAJA N° \_\_\_\_\_

Nota: Al firmar este formato de afiliación, bajo los principios de la protección de datos acepto y autorizo a Tecnicaña a tratar la información personal suministrada y consignada en este Formulario, con fines académicos, estadísticos y de invitación a las diferentes actividades programadas por la Entidad.

Me comprometo a pagar la cuota de afiliación y sostenimiento a la Asociación Colombiana de Técnicos de la Caña de Azúcar, TECNICAÑA, identificada con Nit. 890.315.331-5. Esta afiliación se hará efectiva en el momento en que se efectuó el pago, y solo se dará por terminada en el instante en que presente por escrito mi retiro, evitando así que se generen cobros adicionales.

**Espacio Diligenciado por personal de Tecnicaña:**

Se confirma la Referencia SI  NO  Persona Que Verifica: \_\_\_\_\_