



**GRUPO SINERGIA**  
Competitividad en Proyectos

## FORMULARIO DE AFILIACIÓN PROGRAMA DE LEALTAD

Datos de la Empresa				
Nombre:				
Dirección:				
Departamento:				
Puesto:				
Teléfono:				
Fax:				
E-mail:				
Datos Personales				
Nombre:				
1 Apellido:				
2 Apellido:				
Cédula:				
Fecha de Nacimiento:				
Teléfono Directo:				
Celular:				
Lugar de residencia:				
E-mail personal:				
Información Adicional				
Es madre ó padre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Quiere recibir información vía e-mail	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Acepto haber leído y comprendido el reglamento del programa.				
Firma del Socio(a)			Fecha de afiliación	