



CÁMARA NACIONAL DE PRODUCTORES DE LECHE
APARTADO POSTAL 1992 - 1000 SAN JOSE
TELÉFONO 2253-5720, FAX 2253-6573

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

NOMBRE: _____

RAZÓN SOCIAL (EN CASO DE EMPRESA): _____

_____ **CÉDULA JURÍDICA:** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

DIRECCIÓN EXACTA: _____

TELÉFONO: _____ **FAX:** _____ **APARTADO POSTAL:** _____

EMAIL: _____

NOMBRE DE LA FINCA: _____

DIRECCIÓN EXACTA DE LA FINCA: _____

CANTIDAD DE GANADO: _____ **RAZA (S):** _____

PRODUCCIÓN DE LECHE POR DIA: _____

PLANTA DONDE ENTREGA: _____

FIRMA: _____ **CÉDULA N°:** _____

CUOTA: _____ **ACEPTADO EN SESION N°:** _____ **DEL** _____



AUTORIZACIÓN

Por medio de la presente autorizo a _____ para que deduzca de mis entregas de leche un 0.125% del valor de la entrega semanal y girarlo cada semana a favor de la **CÁMARA NACIONAL DE PRODUCTORES DE LECHE**, por concepto de cuota de afiliación.

NOMBRE: _____ PRODUCTOR N°: _____

N°. DE ENTREGA : _____ TODAS LAS ENTREGAS: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____ TELÉFONO N°. _____

EMAIL: _____

DIRECCIÓN EXACTA DE LA FINCA: _____

FIRMA: _____ CÉDULA N°. _____

FECHA: _____