

MIEMBRO FUNDADOR

Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Cédula de Identidad:	Institución / Empresa: (Cuando aplique)
Dirección:	
Ciudad:	Estado:
Correo Electrónico:	
Teléfono:	Celular:

Las personas podrán ser miembros fundadores con un aporte mínimo de \$500
 Completar los datos de la planilla no implica que sea Miembro Fundador,
 hasta que se aprueben los trámites correspondientes
 Para mayor información puede contactar al 0212-2632427 / info@cavenit.com
www.hospitalitalianoenvenezuela.com

MIEMBRO FUNDADOR

Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Cédula de Identidad:	Institución / Empresa: (Cuando aplique)
Dirección:	
Ciudad:	Estado:
Correo Electrónico:	
Teléfono:	Celular:

Las personas podrán ser miembros fundadores con un aporte mínimo de \$500
 Completar los datos de la planilla no implica que sea Miembro Fundador,
 hasta que se aprueben los trámites correspondientes
 Para mayor información puede contactar al 0212-2632427 / info@cavenit.com
www.hospitalitalianoenvenezuela.com

