

# Solicitud de Ingreso Continuación

## Otro representante sin derecho a voto:

Nombre	Puesto que ocupa	Email:

## Áreas de su negocio donde la Asociación de Cerrajero de Puerto Rico le puede ayudar a mejorar:

- Planificación                       Fuentes de Financiamiento                       Leyes aprobadas o en Proceso
- Mercadeo/Publicidad                       Asesoría en diferentes áreas                       Alianzas
- Política Publica                       Nuevas oportunidades de negocio                       Otro(s) – especifique:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Información persona que comienza tramites de ingreso en la Asociación de Cerrajeros de Puerto Rico Inc.

Orientación sobre beneficios realizada por: [\_\_\_\_\_]

Referido por: [\_\_\_\_\_]

Recomendado para ingresar por: [\_\_\_\_\_]

### Marque con una X el volumen de negocio anual bruto que aplique por facturación de productos o servicios o ingresos obtenidos

- 0,00 – 5,000                       6,000 -10,000                       11,000 – 30,000                       31,000 – 50,000                       50,000 – 100,000

**De ser aceptado como Socio(a), me comprometo a cumplir fielmente con el Estatuto, Normas y Código de Ética o cualquier otro reglamento que establezca La Asociación de Cerrajeros de Puerto Rico Inc. En el transcurso de mi membresía. Estoy consciente de que la afiliación será revisada en cualquier momento.**

Fecha (día /mes /año): [\_\_\_\_\_] Firma: [\_\_\_\_\_]