

**SOLICITUD DE INGRESO AL REGISTRO DE PROVEEDORES
INSTITUTOS AYUDAS EXTRAORDINARIAS**

| | | | |
|------------------|--|--------------|--|
| LOCALIDAD | | FECHA | |
|------------------|--|--------------|--|

| | | | |
|--------------------------------|------------------|-------------------------------|--|
| NOMBRE DE LA EMPRESA | | RAZÓN SOCIAL | |
| | | | |
| Nº EMPRESA | | RUT | |
| | | | |
| DOMICILIO | LOCALIDAD | DEPARTAMENTO | |
| | | | |
| TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO | |
| | | | |
| NOMBRE DE RESPONSABLE/S | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | |
| | | | |

| | |
|---------------------------------------|--|
| ACTIVIDADES / TRATAMIENTOS | |
| FRANJA ETARIA | |
| FRECUENCIA SEMANAL POR USUARIO | |
| DURACIÓN DE SESIÓN | |

En el día de la fecha, quien suscribe, declara estar en conocimiento del Reglamento de Ayudas extraordinarias vigente.

Se autoriza el envío de vistas y notificaciones por medio del correo electrónico declarado en este formulario.

.....
Firma

.....
Aclaración