Este formulario tiene como propósito proporcionar información para la afiliación a IBNORCA.

La información proporcionada en este documento será tratada de manera confidencial.

1. **MEMBRESÍA A LA QUE APLICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categorías** | **Tipo de Institución** | | **Marque con “X”** |
| **A. Socios Fundadores** | - | |  |
| **B. Socios Gremiales** | - | |  |
| **C. Socios Gubernamentales** | - | |  |
| **D.1 Socios Colectivos**  **D.2 Socios Empresariales**  **D.5 Socios Adherentes.** | Gran Empresa | Más de 50 trabajadores |  |
| Mediana Empresa | Entre 20 y 49 trabajadores |  |
| Pequeña Empresa | Entre 10 y 19 trabajadores |  |
| Micro Empresa | Hasta 9 trabajadores |  |
| **D.3 Socios Investigadores** | Universidad | |  |
| Carrera | |  |
| **D.4. Socios Personales** | - | |  |
| **E. Socios de Honor** | - | |  |

1. **DATOS DE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre o Razón Social: |  | | |
| Registro FUNDEMPRESA: |  | CI / NIT: |  |
| N° de Trabajadores: |  | | |
| Dirección Oficina: |  | | |
| Página Web: |  | | |
| Teléfono (s) oficina/ fax: | | | |
| Ciudad de aplicación: | | | |
| Representante ante IBNORCA: | | | |
| Cargo: | | | |
| Correo electrónico: | | | |
| Celular: | | | |
| Nombre del representante legal: | | | |
| Cargo: | | | |

1. **DATOS TÉCNICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Describa los productos, procesos o servicios que ofrece su organización (Personas Jurídicas) o Actividad a la que se dedica (Personas Naturales) | A qué sector pertenece? |
|  | Industria ( )  Comercio ( )  Servicios ( )  Transporte ( )  Comunicaciones ( )  Banca ( )  Sector Publico ( )  Persona Natural ( )  Otros ( ) |
| La empresa cuenta con un producto certificado con Sello IBNORCA: SI / NO | |
| La empresa cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad Certificado: SI / NO | |
| Con que organismo: | |

El solicitante declara que la información proporcionada es verídica.

Fecha de Solicitud:

Nombre Representante Legal /

Nombre Persona Natural

|  |
| --- |
|  |

Para ser llenado por IBNORCA:

Estado: Aceptado Rechazado

Fecha:

Revisado por:

Nombre

Por: Comisión de Afiliación IBNORCA

**ANEXO N° 1**

A ser llenado únicamente por Universidades para habilitar a las carreras correspondientes.

1. **HABILITACIÓN DE CARRERAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Carrera: |  |
| Dirección Oficina: |  |
| Teléfono (s) oficina/ fax: | |
| Ciudad: | |
| Representante ante IBNORCA: | |
| Cargo: | |
| Correo electrónico: | |
| Celular: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Carrera: |  |
| Dirección Oficina: |  |
| Teléfono (s) oficina/ fax: | |
| Ciudad: | |
| Representante ante IBNORCA: | |
| Cargo: | |
| Correo electrónico: | |
| Celular: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Carrera: |  |
| Dirección Oficina: |  |
| Teléfono (s) oficina/ fax: | |
| Ciudad: | |
| Representante ante IBNORCA: | |
| Cargo: | |
| Correo electrónico: | |
| Celular: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Carrera: |  |
| Dirección Oficina: |  |
| Teléfono (s) oficina/ fax: | |
| Ciudad: | |
| Representante ante IBNORCA: | |
| Cargo: | |
| Correo electrónico: | |
| Celular: | |

La UNIVERSIDAD declara que la información proporcionada es verídica.

Fecha de Solicitud:

Nombre Representante Legal

|  |
| --- |
|  |

Para ser llenado por IBNORCA:

Estado: Aceptado Rechazado

Fecha:

Revisado por:

Nombre

Por: Comisión de Afiliación IBNORCA