



Bogotá D.C. _____

Señores:

CONSEJO ADMINISTRACIÓN
FARMADISA

REF. SOLICITUD DE AFILIACIÓN COMO ASOCIADO

YO, _____ mayor de edad
identificado (a) como aparece al pie de mi firma, manifiesto de manera voluntaria,
que quiero pertenecer como Asociado a la Cooperativa Multiactiva de Producción
Distribución y Servicios FARMADISA.

Valor aporte a escoger es:

100 % DE UN DÍA DE MI SALARIO

50 % DE UN DÍA DE MI SALARIO

Cordialmente,

Nombre: _____

No. de Cédula: _____ Expedida en: _____

Firma: _____