ANEXO 1.
FORMATO DE INSCRIPCIÓN

SELECCIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA EL COMITÉ EJECUTIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

Datos de la Asociación, Fundación o de la Organización postulante
Razón Social:
Sigla:
Nombre de la Organización, Fundación o Asociación:
Nombre del (los) representante(s) legal(es):
Nombres y Apellidos:
Cargo:
Nombres y Apellidos:
Cargo:
Nombres y Apellidos:
Cargo:

Datos de Contacto
Dirección de la Asociación, Fundación o de la Organización:
Teléfono:
Fax:
Celular:
Correo electrónico: