



Formulario de Inscripción

Fecha: _____

Persona Física ¢40.000.00

Nombre completo:		
Cédula:	Profesión:	Número de carné:
Teléfono fijo:	Celular:	Lugar de Trabajo:
Correo electrónico:	Dirección:	

Persona Jurídica ¢150.000.00

Nombre Jurídico:		Cédula Jurídica:
Dirección de la empresa:		
Teléfono de la empresa:	Correo electrónico:	Sitio Web:
Nombre representante:		Cédula:
Profesión:	Teléfono fijo:	Celular:
Correo electrónico:	Dirección:	

Firma:

Cuentas en Scotiabank Costa Rica:

Colones: 13000933900 / Cuenta cliente 12300130009339004

Dólares: 13000933901 / Cuenta cliente 12300130009339010 A
nombre de Asociación Costarricense de Arquitectura e Ingeniería
Hospitalaria, Cédula Jurídica 3-002-646861

Colones: IBAN: CR59012300130009339004

Dólares: IBAN: CR91012300130009339010

**Una vez completado el formulario firmarlo y enviarlo junto
con el comprobante de depósito al correo info@acoaihcr.com**