

Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria Formulario de Aplicación para Afiliación



Por favor enviar la aplicación completa al fax (506) 2234-6783, ó al e-mail cacia@cacia.org
Si tiene cualquier consulta sobre el presente formulario, no dude en llamarnos.



**Sección I: Información
de la Industria:**

Nombre de la Empresa: _____ Cédula Jurídica: _____

Dirección de Oficinas Centrales: _____

Dirección de Planta: _____

Teléfono Oficinas: _____ Teléfono de planta: _____

Sitio WEB: _____ E-mail: _____

Apartado Postal: _____ Fax: _____ Fecha creación de la Empresa: _____

**Sección II: Información
del Gerente General o
Propietario**

Nombre: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Celular: _____ Cedula de Identidad: _____

**Sección III: Información
del Representante
ante CACIA**

Nombre: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Celular: _____ Cedula de Identidad: _____

**Sección IV: Información
sobre los productos que
elabora**

Producto	Marca	País - Destino

**Sección V: Materias primas
utilizadas en los procesos**

Producto	Origen	Producto	Origen



Sección V: Algunos
datos relevantes

Número de trabajadores Total: _____ Micro Pequeña Mediana Grande

Aplica algún sistema de calidad como BPMs, HACCP?, Indique _____

Permiso de Funcionamiento #: _____

Registro Sanitario #: _____

Sección VII: Datos sobre el personal
clave de la empresa

Gerente de Mercadeo: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Apartado: _____

Gerente de Ventas: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Apartado: _____

Gerente de Calidad: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Apartado: _____

Gerente de Producción: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Apartado: _____

Gerente de Recursos Humanos: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Apartado: _____

Gerente de Compras: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Apartado: _____

Sección VIII: Solicitud
formal

Por medio de la presente, yo _____

en mi calidad de _____ de la empresa _____

solicito formalmente la afiliación a la Cámara Costarricense de la industria Alimentaria.

Cuota de afiliación ₡ _____ Mensual Trimestral Semestral Anual

Fecha _____ Firma _____