



Solicitud de Ingreso

Franquiciado

La Asociación Costarricense de Franquicias agradece si interés en participar en nuestra organización. Como parte del proceso de afiliación, le solicitamos que por favor complete la siguiente información, y junto con los requisitos, se entreguen en un sobre cerrado a algún representante de la Asociación. La recepción de esta Solicitud no implica la afiliación a la Asociación, ya que esta debe pasar un proceso de análisis y será aprobado en Junta Directiva.

INFORMACIÓN GENERAL	
Razón Social:	
Cédula Jurídica:	
Representante Legal:	
Puesto:	
Teléfono:	
Fax:	
Pagina Web:	
E-mail:	

INFORMACIÓN DE LA FRANQUICIA	
Nombre Comercial:	
Descripción del Giro:	
Año que se le otorga el Contrato:	
# Unid en Operación:	
Territorios Disponibles:	
Tiene opción de sub franquiciar:	

Toda la información proporcionada en virtud de la presente por el solicitante se considera confidencial y privilegiada por lo que la Asociación Costarricense de Franquicias ACOFRA, se compromete a utilizarla estrictamente con fines de dictamen respecto a la afiliación que se solicita, por lo que no podrá ser reproducida o divulgada sin autorización expresa del solicitante.

Favor incluir además de esta solicitud:

- Personería Jurídica
- Certificación del Franquiciador donde consten los derechos de operación para el territorio

Reconozco que al formar parte de la Asociación Costarricense de Franquicias, deberé apegarme al Código de Ética, Reglamentos y Normas que regulen a la Asociación Costarricense de Franquicias.

Nombre Representante Legal

Firma Representante Legal

Fecha