



# Solicitud de Ingreso

## Proveedor

*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 SOBRE LOS SERVICIOS	
Servicios que Ofrece al Sector Franquicia:	
Años de Experiencia:	
Estructura Interna:	
Describe cuál ha sido el trabajo que ha realizado con las franquicias nacionales:	

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
- Tres Cartas de Franquiciadores Nacionales indicando que se ha trabajado con la firma consultora y que ha desarrollado dicha franquicia

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