



FORMULARIO SOLICITUD / REFRENDO OBSERVADOR LACTLD

FECHA:

ORGANIZACIÓN:

NEGOCIOS O ACTIVIDAD PRINCIPAL:

REPRESENTANTE:

CARGO:

EMAIL:

2° REPRESENTANTE:

CARGO:

EMAIL:

3° REPRESENTANTE:

CARGO:

EMAIL:

TELÉFONOS:

FAX:

DIRECCIÓN:

PÁGINA WEB:

¿POR QUÉ RAZONES LA ORGANIZACIÓN QUE USTED REPRESENTA ESTÁ INTERESADA EN TENER LA CALIDAD DE OBSERVADOR DE LACTLD?

¿CÓMO CREE USTED QUE PUEDE CONTRIBUIR A FORTALECER LOS OBJETIVOS DE LACTLD? ¿CUÁLES SON, A SU JUICIO, LOS COMPROMISOS Y BENEFICIOS PRECISOS QUE JUSTIFICAN SU ACEPTACIÓN COMO OBSERVADOR DE LACTLD?



¿TIENE VÍNCULOS PROFESIONALES U ORGANIZACIONES CON ALGUNA ORGANIZACIÓN MIEMBRO (ASOCIADO O AFILIADO) DE LACTLD? DESCRIBA QUÉ CLASE DE VÍNCULACIÓN POSEE.

DECLARA QUE HA LEÍDO Y EXPRESA CONFORMIDAD CON LOS ESTATUTOS DE LACTLD Y CON LOS CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN DE LOS OBSERVADORES DE LACTLD:

FIRMA:

REVISADO POR:

AUTORIZADO POR:

Nota: Favor adjuntar a este formulario documentación adicional que considere pertinente para respaldar esta declaración.