

FORMATO DE INSCRIPCION

Consecutivo No.			
Fecha de inscripción			
¿Actúa en forma personal?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Si marco si, escriba su nombre			
Si marco no, escriba el nombre de la organización que representa			
Identificación No.			
Dirección			
Correo electrónico			
Teléfono fijo			
Celular			
Describe su pregunta			
Describe su propuesta, recomendación, observación o sugerencia			
Documentos que adjuntan a la propuesta			

41