



# INSCRIPCIÓN ACTIVIDAD PRESENCIAL

OCTUBRE 3 Y 4 DE 2009

Centro Recreativo y Vacacional Colsubsidio Alcaravan  
35 Minutos de Villavicencio



## DATOS DEL FEVIAHORRITO 1

Primer Apellido:  Segundo Apellido:

Primer Nombre:  Segundo Nombre:

Teléfono:  Dirección:  Ciudad:

¿Cómo deseas que aparezca tu nombre en tu escarapela (Nombre, apodo)?

Fecha de nacimiento  Celular:

Sexo: M  F  Edad:  Documento Identidad T.I.  C.C.  #

Institución en la que estudias:  Grado:

Tu e-mail:  RH:

## DATOS DEL FEVIAHORRITO 2

Primer Apellido:  Segundo Apellido:

Primer Nombre:  Segundo Nombre:

Teléfono:  Dirección:  Ciudad:

¿Cómo deseas que aparezca tu nombre en tu escarapela (Nombre, apodo)?

Fecha de nacimiento  Celular:

Sexo: M  F  Edad:  Documento Identidad T.I.  C.C.  #

Institución en la que estudias:  Grado:

Tu e-mail:  RH:

## DATOS DEL FEVIAHORRITO 3

Primer Apellido:  Segundo Apellido:

Primer Nombre:  Segundo Nombre:

Teléfono:  Dirección:  Ciudad:

¿Cómo deseas que aparezca tu nombre en tu escarapela (Nombre, apodo)?

Fecha de nacimiento  Celular:

Sexo: M  F  Edad:  Documento Identidad T.I.  C.C.  #

Institución en la que estudias:  Grado:

Tu e-mail:  RH:

## DATOS DEL **ASOCIADO**

Primer Apellido:  Segundo Apellido:

Primer Nombre:  Segundo Nombre:

Teléfono:  Dirección:  Ciudad:

¿Cómo deseas que aparezca tu nombre en tu escarapela (Nombre, apodo)?

Fecha de nacimiento  Celular:

Sexo: M  F  Edad:  Documento Identidad T.I.  C.C.  #

Institución en la que estudias:  Grado:

Tu e-mail:  RH:

## DATOS DEL **ACOMPAÑANTE 1**

Primer Apellido:  Segundo Apellido:

Primer Nombre:  Segundo Nombre:

Teléfono:  Dirección:  Ciudad:

¿Cómo deseas que aparezca tu nombre en tu escarapela (Nombre, apodo)?

Fecha de nacimiento  Celular:

Sexo: M  F  Edad:  Documento Identidad T.I.  C.C.  #

Institución en la que estudias:  Grado:

Tu e-mail:  RH:

## DATOS DEL **ACOMPAÑANTE 2**

Primer Apellido:  Segundo Apellido:

Primer Nombre:  Segundo Nombre:

Teléfono:  Dirección:  Ciudad:

¿Cómo deseas que aparezca tu nombre en tu escarapela (Nombre, apodo)?

Fecha de nacimiento  Celular:

Sexo: M  F  Edad:  Documento Identidad T.I.  C.C.  #

Institución en la que estudias:  Grado:

Tu e-mail:  RH:

# PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Valor:

BOGOTÁ	VALOR ASOCIADO	VALOR FEVI	TOTAL
Niño	\$100.861	\$100.861	\$201.722
Adulto	\$100.861	\$100.861	\$201.722

  

VILLAVICENCIO	VALOR ASOCIADO	VALOR FEVI	TOTAL
Niño	\$93.611	\$93.611	\$187.222
Adulto	\$93.611	\$93.611	\$187.222

Los niños menores a 3 años sólo pagan los consumos adicionales a los contratados por el FEVI.

**Forma de pago:** Escoge una de las siguientes opciones de acuerdo al número de personas con las que participarás en los eventos

El evento se financiará, con crédito especial, a 0.0% tasa de interés, los plazos son:

- 4 personas o más      Plazo 6 meses      12 quincenas
- 3 personas              Plazo 5 meses      10 quincenas
- 2 personas              Plazo 4 meses      08 quincenas

Si quieren pagar en efectivo deben consignar el valor total en la Cuenta de Ahorros del FEVI 00019122-1 en AV VILLAS y enviar copia de la consignación mediante correo electrónico a Eddy Julieth Moreno Torres

## REGLAS GENERALES

- Trabajaré en equipo, pues esta es la única forma de ganar.
- Seré responsable de mis actos personales y con ellos buscaré el beneficio de todos.
- Desde que ingrese a las actividades estaré bajo ordenes de los guías.
- No saldré de los predios destinados para las actividades.
- Mantendré en orden mis pertenencias y tendré cuidado de las de los demás.
- Respetaré el descanso de los demás.
- En caso de observar problemas a mi alrededor los comunicaré al guía o funcionario del FEVI más cercano y no intervendré directamente.
- No recibiré visitas de personas externas a las actividades.
  
- Mostraré el espíritu Mareiwa a través de mi puntualidad, participación, interés por el otro y servicio.
- Construiré y llevaré en familia el totem de la inmunidad Mareiwa

CONOZCO LAS NORMAS ANTERIORMENTE ENUNCIADAS Y ME COMPROMETO A ACTUAR DE ACUERDO CON ELLAS. SI INFRINJO LAS NORMAS DE CONVIVENCIA SERÁ BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD Y ACEPTARÉ LAS SANCIONES RESPECTIVAS QUE ME SEAN IMPUESTAS.

AUTORIZO A DESCONTAR DE MI NÓMINA EL VALOR CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LAS PERSONAS INSCRITAS Y EL PLAZO ELEGIDO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO

C.C.: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

