



## ASOCIACION VALLECAUCANA DE ORQUIDOLOGÍA

Avda. 2 Norte # 48-10 Tel. 664 32 56 Telefax. 665 8358 E- Mail: asorquideas@emcali.net.co

### SOLICITUD DE AFILIACION SOCIO

NOMBRE COMPLETO _____	FECHA CUMPLEAÑOS _____
PROFESION U OFICIO _____	Ced.# _____
EMPRESA DONDE TRABAJA _____	CARGO _____
DIRECCIONES: RESIDENCIA _____	Tel. _____
OFICINA _____	Tel. _____
CELULAR _____	Email: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____	
PROFESION U OFICIO _____	TEL. OFIC. _____
EMPRESA DONDE TRABAJA _____	CARGO _____

IDIOMAS QUE HABLA:	INGLES	<input type="checkbox"/>	ALEMAN	<input type="checkbox"/>
	FRANCES	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
MOTIVO POR EL CUAL SE QUIERE AFILIAR _____				
_____				
QUE ORQUIDEAS CULTIVA? _____				
EN DONDE? _____ CLIMA: CALIENTE <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> FRIO <input type="checkbox"/>				
INVESTIGACIONES	<input type="checkbox"/>	TRADUCCIONES	<input type="checkbox"/>	BIBLIOTECA <input type="checkbox"/>
FOTOGRAFÍA	<input type="checkbox"/>	HERBARIO	<input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>

NOMBRE Y FIRMA DE CUATRO (4) SOCIOS QUE LO PRESENTAN:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

AL SER ADMITIDO (A) EN LA ASOCIACION VALLECAUCANA DE ORQUIDEOLOGIA, ACEPTO LAS NORMAS QUE LA RIGEN.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

LA ASOCIACION SE RESERVA EL DERECHO DE ADMISION

Cuota de Afiliación \$ 60.000.00

Cuota Mensual \$25.000.00

ESTUDIADA Y APROBADA POR JUNTA DIRECTIVA	
EN ACTA No. _____	DE _____