



Cámara de la Industria Farmacéutica

Av. Diego Cisneros, Centro Empresarial Los Ruices, Piso 3 Ofc. 309. Caracas-Venezuela.

Teléfonos: 239-68-70 / 237-94-06 / 237-74-86

Fax: 234-24-50

E-mail: info@cifar.org.ve

PLANILLA DE AFILIACION

DATOS GENERALES

Nombre (Razón Social): _____

Dirección: _____

Estado : _____ Ciudad : _____

Código Postal : _____ Rif : _____

Teléfono (s) : _____ Fax : _____

E-mail : _____ Pág Web : _____

Fecha de Fundación.: _____ Certificaciones Obtenidas: _____

Sucursales: _____

Dirección de Planta: _____

REPRESENTANTE ANTE CIFAR

Principal:

Nombre : _____ Cargo: _____

E-mail : _____

Teléfono Directo _____ Fax: _____ Celular: _____

Firma: _____ C.I. _____

Alternativo:

Nombre : _____ Cargo: _____

E-mail : _____

Teléfono Directo _____ Fax: _____ Celular: _____

Firma: _____ C.I. _____

OTRAS PERSONAS DE INTERES

- Presidente: _____
Telf: _____ Fax: _____ E-mail: _____
- Gte. Administración: _____
Telf: _____ Fax: _____ E-mail: _____
Día, Hora y persona contacto en Caja: _____
- Área Tributaria y/o Fiscal: _____
Telf: _____ Fax: _____ E-mail: _____
- Gte. Recursos Humanos: _____
Telf: _____ Fax: _____ E-mail: _____
- Gte. Legal: _____
Telf: _____ Fax: _____ E-mail: _____
- Farmacéutico Regente: _____
Telf: _____ Fax: _____ E-mail: _____
- Gte. Importación y/o Exportación: _____
Telf: _____ Fax: _____ E-mail: _____
- Rep- Comité Técnico de Validación _____
Telf: _____ Fax: _____ E-mail: _____

PERFIL DE LA EMPRESA

Conformación del capital de la empresa:

Capital venezolano _____ Capital Mixto _____ Empresa Privada _____

Especifique: _____

Matriz _____ Filial _____ Sucursal _____

Especifique: _____

Productor _____ Comercializador _____ Empresa de Servicios _____

Área: Fármacos _____ Naturales _____ Veterinarios _____ Cosméticos _____ Línea Hospitalaria _____ Inyectables _____

Porcentajes:

Relación con otros Laboratorios: Si _____ No _____

Qué tipo de relación: _____

Línea de Producto (s):

Materia Prima _____ Intermedio _____ Terminado _____

Especifique tipo de Producto (s): _____

Especifique tipo de Servicio (s): _____

Principales Clientes _____

Canales de Distribución: _____

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Capital: _____

Ventas totales último año: _____

Número de empleados: Directos: _____ Indirectos: _____

Inversión: _____

Cronograma de inversión para próximos 5 años: _____

Participación en el mercado: _____

Programa de crecimiento / Nuevos productos: _____

RELACION INTERNACIONAL

Exportación Si _____ No _____

A qué países: _____

Materia prima: _____ Producto terminado: _____

Especifique _____

Importación: Si _____ No _____

De qué países: _____

Materia prima _____ Producto terminado _____

Especifique _____

ACTIVIDAD GREMIAL

¿Qué espera de CIFAR para el desarrollo de la Industria Farmacéutica y de su empresa productos? :

Enumere cuáles son los principales problemas que le aquejan: _____

Menciones cuáles son los talleres, charlas y conferencias, que le gustaría que la cámara dictara:

**NOTA: Esta información será manejada estrictamente confidencial.
Le garantizamos absoluta discreción en los datos suministrados por Ud.**

Para Uso Exclusivo de CIFAR

Fecha de Ingreso: _____ No. de Afiliado: _____

Recibido por: _____ Aprobado: _____

Documentos Consignados:

- Carta de manifestación de voluntad de afiliación.
- Copia Cédula de Identidad del Representante
- Copia del R.I.F.
- Copia de Registro Mercantil
- Copia de la última declaración del I.S.L.R
- Copia del Certificado de BMP
- Copia del Permiso de Funcionamiento
- Memoria y Cuenta