**Modelo C09**

Formulario de Inscripción para el Examen de Compensación

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha del Examen:** \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ | **Idioma:** PT  ES  ENG |

1. **Identificación del Candidato**

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Posición: NIF: |
| Dirección: |
| Ciudad/Cod. Postal: País:  País: |
| Teléfono: Fax:  Fax: |
| E-mail: |
| Firma: |

1. **Identificación del Proponente (Empresas)**

|  |
| --- |
| Denominación: |
| Dirección/Sede: |
| NIF: Tipo de Entidad (1):  NIF: |
| Ciudad/Cod. Postal: País:  País: |
| Teléfono: Fax:  Fax: |
| E-mail: |
| Nombre del Representante: |
| Firma: |

(1) Tipo de Entidad: Miembro (M); Candidato a Miembro (CM); Otro (O), caso en lo cual deberá ser especificada la actividad.

**Factura emitida en nombre de:** Empresa  Candidato

**Fecha:** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_