



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 AFILIACIÓN

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

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 MAT según último reporte IMS: _____

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 Sí No

A qué países: _____

Materia prima: Producto terminado:

Especifique _____

Importación: Sí 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:

- Planilla
- Copia de Registro Mercantil
- Registro Sanitario
- Copia del R.I.F.
- Copia Cédula de Identidad del Representante
- Certificado de Buenas Prácticas de Manufacturas
- Copia de la última declaración de I.S.L.R.