



(Este espacio es para uso de OPTIMIND)

Cantidad de Empleados

SOLICITUD DE INGRESO PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO

INFORMACIÓN DEL PATRONO		
Nombre del patrono:		Teléfono:
Persona contacto:	Puesto que ocupa:	Fax:
Dirección postal:	Dirección física:	Correo electrónico:
Corredor:		Teléfono:
Dirección postal:		Fax:
		Correo electrónico:

El término de duración de estos servicios es de un (1) año a partir de la fecha de firma del contrato o hasta ser terminado por cualquiera de **LAS PARTES** dando aviso escrito a la otra con treinta (30) días a la fecha de resolución.

Firma de representante del patrono autorizado

Fecha

Firma de representante de OPTIMIND autorizado

Fecha