



(ESTE ESPACIO ES PARA USO DE OPTIMIND)

CANTIDAD DE EMPLEADOS

SOLICITUD DE INGRESO PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO

INFORMACIÓN DEL PATRONO

NOMBRE DEL PATRONO:		SEGURO SOCIAL PATRONAL:	
DIRECCIÓN POSTAL:		DIRECCIÓN FÍSICA:	
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
PERSONA CONTACTO DEL PATRONO:	TELÉFONO:	PUESTO QUE OCUPA:	CORREO ELECTRÓNICO:
PERSONA QUE FIRMA EL CONTRATO:	TELÉFONO:	ESTADO CIVIL Y PUEBLO DE RESIDENCIA:	CORREO ELECTRÓNICO:
Instrucciones especiales:			

SELECCIÓN DE CUBIERTA

Tarifa: _____ Cantidad de empleados: _____ Fecha efectividad del contrato: _____

- Este Contrato entrará en vigor en la fecha de efectividad anteriormente señalada y continuará en vigor durante un (1) año a partir de dicha fecha, siempre y cuando **OPTIMIND** reciba el pago de las tarifas periódicas requeridas.
- Después del primer año, el Contrato se auto renovará por periodos anuales, sin necesidad de que las partes lo acuerden por escrito. Dicha auto renovación estará sujeta a los términos y condiciones de terminación de Contrato expuestas en este documento.

INFORMACIÓN DEL PRODUCTOR

NOMBRE DEL CORREDOR:	NÚMERO DE TELÉFONO:	FAX:
DIRECCIÓN POSTAL:	DIRECCIÓN FÍSICA:	
CORREO ELECTRÓNICO:		

Firma de representante del patrono autorizado

Fecha

Firma de representante de OPTIMIND autorizado

Fecha