 **SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN VISITANTE PROFESIONAL**

**APPLICATION FORM/PROFESSIONAL VISITORS**

|  |
| --- |
| Sr.(a) Mr(s): En calidad de / in the capacity off |
| De la Firma expositora / Exhibiting Firm: |
| Dirección / Address: Código Postal / Zip Code: País / Country: |
| Teléfono / Telephone Téle:: Fax E mail |

Tarifas Inscripción/ Fees visitor: 2000.00 CUP / 50.00 MLC.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO/ Full Name** | **CARNÉ DE IDENTIDAD**  **PASAPORTE/ Passport** | **CARGO /Function** | **PROVINCIA**  **PAIS/ Country** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aceptamos las disposiciones y las condiciones de participación  We accept the provisions and the condition for participation | |
|
|
| Firma y sello del solicitante  Signature and stamp of applicant | Fecha/Date: / / |