|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numero de Solicitud:**  **ABO: OBS:** | | | | **SORTEO INICIAL** | | | | **SORTEO FINAL** | | | **Fecha de solicitud:** | | | | |
| **NOMBRE BENEFICIARIO DEL TÍTULO DEL ABONADO: RENOVADO: SI - NO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CEDULA** |  | | | | | **DIRECCIÓN:** | | | | | | | | **CIUDAD:** | |
| **E- MAIL:** | | | | | | | | | | **TELÉFONOS:** | | | | | |
| **ENTIDAD DONDE LABORA:** | | | | | | | | | | | | | **FECHA CUMPLEAÑOS:** | | |
| **FORMA DE PAGO DE PREMIOS** | | | | | | | **TRASNFERENCIA** | | | | | **ACUMULAR** | | |  |
| **Nro. A JUGAR** | |  | | | **SERIE** | | | |  | **FORMA DE PAGO DEL TÍTULO** | | | | | |
| **COD DEL PLAN :** | | | **VALOR TOTAL DEL PLAN:** | | | | | | | **CONSIGNACIÓN**  **TRANSFERENCIA**  **LIBRANZA** | | | | | |
| **SORTEOS BONIFICADOS:** | | |
| **PREMIOS ACUMULADOS PARTE DE PAGO:** | | | **VALOR A PAGAR:** | | | | | | |
| **FIRMA DEL ABONADO:**  **CC:** | | | | | | | | | | **NOMBRE DEL VENDEDOR:** | | | | | |
| **FIRMA DEL VENDEDOR:** | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |

***NOTA:*** *El número elegido por el suscriptor solamente quedará activo para entrar en sorteo una vez sea confirmado el ingreso del pago completo del plan, confirmación que se hará vía correo electrónico o Vía WhatsaApp, con el certificado digital del plan adquirido.*

*En caso de cambio de plan de premios durante la vigencia del plan de abonados se ajustará el número de sorteos a jugar, lo cual será notificado por parte de EMSA, o de querer sostener el número de sorteos se debe hacer la cancelación del excedente.*

***CONFIDENCIALIDAD:*** *Empresa Municipal para la Salud EMSA – Lotería de Manizales se compromete a tratar los datos con la finalidad exclusiva de la realización del servicio, según el artículo 15 de la Constitución y la Ley 1581 de 2021. Guardando toda reserva entre terceros.*