

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

CIUDAD		FECHA	
ESTA CERTIFICADA LA EDS SI ____ NO ____			
FECHA DE INICIO DE OPERACIÓN DE LA EDS			
RADICADO CCITE	CERTIFICADO CCITE	CODIGO SICOM	
NOMBRE DEL ENTE CERTIFICADOR			
NOMBRE DE LA ESTACION DE SERVICIO		PRIVADA <input type="checkbox"/>	PUBLICA <input type="checkbox"/>
RAZÓN SOCIAL			NIT O CÉDULA
DIRECCIÓN DE LA ESTACIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
TELEFONO	FAX	DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA	
EMAIL:			
EDS LIQUIDOS		GNV	
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR			
COMPAÑÍA MAYORISTA			
CHEVRON TEXACO	ZEUSS	EXXON MOBIL	TERPEL
OTRA – NOMBRE			
NOMBRE DE LA PLANTA DE ABASTECIMIENTO DE COMBUSTIBLE			
TIENE CARROTANQUE?	SI	NO	ESPECIFIQUE:
PLACA	MODELO	MARCA	CAPACIDAD
NOMBRE DEL SOLICITANTE		FIRMA	