



**CAMARA NACIONAL DE
TURISMO DE HONDURAS**
REGISTRO NACIONAL DE TURISMO



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
PARA PROYECTOS DE CENTROS DE CONVENCIONES**

CANATURH-PC07-21-01

REGISTRO N. _____

CONSTANCIA N. _____

TIPO DE TRAMITE:

INSCRIPCION

RENOVACION

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

R.T.N: _____ DEPARTAMENTO: _____

MUNICIPIO: _____ CIUDAD: _____

RAZON SOCIAL: _____

DIRECCION EXACTA: _____

**** FAVOR ADJUNTAR CROQUIS**

TELEFONO: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRECCION PAGINA WEB: _____

NOMBRE DEL GERENTE: _____

NOMBRE DE OTRO CONTACTO: _____

No IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE: _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO (OS): _____

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS

CANTIDAD DE SALONES CON LOS QUE CONTARA _____

SALONES	CAPACIDAD (Numero de Personas en un mismo turno)	TARIFA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CONTARA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS

- MESEROS** CANTIDAD _____ TARIFA _____
- MÓDULOS DE BAÑOS** CANTIDAD _____
- DECORACIÓN** TARIFA PROMEDIO _____
- ALIMENTACIÓN** TARIFA PROMEDIO _____
POR PLATO
- RECIBIDOR**
- COMPUTADORAS
CON INTERNET**
- FAX**

CONTARA CON SERVICIO DE ALQUILER DE:

- MESAS** TARIFA PROMEDIO _____
- SILLAS** _____
- MANTELES** _____
- PLATOS Y UTENSILIOS** _____

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

MUSICA EN VIVO

KARAOKE

DISCO MÓVIL

MEDIOS
AUDIOVISUALES

TELEFONIA

OTROS: _____

ESTACIONAMIENTO:

N. DE ESPACIOS: _____

VALET PARKING:

PARQUEO

DISCAPACITADOS:

N. DE ESPACIOS: _____

UBICACIÓN ZONA:

URBANA _____

RURAL _____

CONTARA CON SUCURSALES: NO _____ SI _____, DONDE:

ADSCRITA A: _____

MERCADOS A LOS QUE ATENDERÁ

NACIONAL _____ EXTRANJERO _____

CONTARA CON ALIANZAS ESTRATÉGICAS:

SI _____ ESPECIFIQUE _____

NO _____

CONTARA CON ENFERMERÍA O PRIMEROS AUXILIOS

SI

NO

SEGURIDAD DEL ESTABLECIMIENTO

- _____ PERSONAL DE SEGURIDAD (VIGILANCIA)
- _____ ESQUEMA DE SALIDAS DE EMERGENCIA EN SALONES Y PASILLOS DEL ESTABLECIMIENTO
- _____ RAMPA PARA DISCAPACITADOS, ESPECIFIQUE CUANTAS: _____
- _____ ESTACIONAMIENTO PARA DISCAPACITADOS, CUANTOS: _____
- _____ EXTINTORES DE FUEGO EN PASILLOS, Y SALONES _____
- _____ SALIDAS DE EMERGENCIA, CUANTAS: _____

IV. DATOS DEL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

ÁREA O DEPARTAMENTO	N. DE EMPLEADOS
MESEROS	_____
ADMINISTRACIÓN	_____
MANTENIMIENTO	_____
LIMPIEZA	_____
SEGURIDAD	_____
OTROS: _____	
<i>ESPECIFIQUE</i>	
TOTAL DE EMPLEADOS	_____

IV. OTROS DATOS:

FECHA DE INICIO DE OPERACIÓN: _____

INVERSIÓN INICIAL: _____

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

CAPITAL PROPIO _____ FINANCIADO POR TERCEROS _____

FAVOR ADJUNTAR DOCUMENTOS DE RESPALDO

FIRMA DEL RESPONSABLE

VI. PARA USO EXCLUSIVO DE CANATURH

LUGAR Y FECHA DE RECEPCION DEL DOCUMENTO:

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO:

FIRMA DEL REGISTRADOR