



Cuestionario Certificación *Women Care Certified*™



Información del Solicitante	
Nombre de la empresa finca u organización	
País	
Dirección física	
Teléfonos	
fax	
Correo electrónico	

Información del Contacto¹	
Nombre de la empresa finca u organización	
País	
Dirección física	
Teléfonos	
fax	
Correo electrónico	

^{1.} La persona del contacto debe ser autorizada para actuar en nombre del solicitante.

Información de la finca	
Ubicación	
Tamaño:	
Área a certificar:	
Distancia entre fincas:	0,1 km – 20km <input type="radio"/> 20,1km – 60 km <input type="radio"/> 60,1km – 90km <input type="radio"/> 90,1km – 120 km <input type="radio"/> De 120 km en adelante <input type="radio"/>
Acceso a la finca:	Carro liviano <input type="radio"/> Doble tracción <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
Observaciones:	

Tipo de productora	
Productora individual	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Productora grupal:	Si <input type="radio"/> Cantidad de mujeres: No <input type="radio"/>
Procesadora	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Volumen del café (Lb):	
Procesa dentro de la finca	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Dónde: Tipos de café:
Comercializadora	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>