

Emergency Contact

Personal Information:

First Name & Last Name: _____

Department: _____

Home Address: _____

City, State, ZIP: _____

Home Telephone: _____ Cell phone: _____

Emergency Contact Info:

(1) Name: _____ Relationship: _____

Home Address: _____

City, State, ZIP: _____

Home Telephone: _____ Cell Phone: _____

(2) Name: _____ Relationship: _____

Home Address: _____

City, State, ZIP: _____

Home Telephone: _____ Cell Phone: _____

Medical Contact Info:

Doctor Name: _____ Phone: _____

Dentist Name: _____ Phone: _____

I have voluntarily provide the above contact information and authorize Canales Furniture and it's representatives to contact any of the above on my behalf in the evento of an emergency.

Employee Signature: _____ Date: _____

Contacto de Emergencia

Información Personal:

Nombre & Apellido : _____

Departamento: _____

Dirección de casa : _____

Ciudad, Estado, Código Postal. : _____

Teléfono de Casa : _____ Celular : _____

Información de contacto de emergencia:

(1) Nombre: _____ Relación: _____

Dirección : _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de Casa : _____ Celular : _____

(2) Nombre: _____ Relación : _____

Dirección : _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de Casa : _____ Celular : _____

Medical Contact Info:

Nombre de Doctor: _____ Telefono: _____

Nombre de Dentista: _____ Telefono : _____

He proporcionado voluntariamente la información de contacto anterior y autorizo a Canales Furniture y a sus representantes a contactar a cualquiera de los mencionados en mi nombre en caso de emergencia

Firma del empleado. : _____ Fecha: _____