



COOPERATIVA MIXTA MULTIPARTICIPATIVA LIMITADA

SOLICITUD DE INGRESO

SEÑORES: **Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada**

Estoy interesado(a) en afiliarme a la Cooperativa, por lo que solicito a la Junta Directiva su autorización para mi ingreso como nuevo afiliado(a), así mismo autorizo que se debite de mis ahorros la cantidad de Lps.50.00 (cincuenta lempiras exactos), como cuota única no reembolsable por inscripción a dicha entidad.

DATOS PERSONALES

GAFETE: _____ NUMERO DE IDENTIDAD _____

NOMBRE COMPLETO: _____

AFILIADO ANTERIORMENTE: SI _____ NO _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ PROFESION U OFICIO: _____ GENERO: F _____ M _____

ESCOLARIDAD: PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ SUPERIOR _____ ESTADO CIVIL : SOLTERO _____ CASADO _____ UNION LIBRE _____

DIRECCION EXACTA DE RESIDENCIA: _____

PUNTO DE REFERENCIA _____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO: _____

TELEFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

SALARIO MENSUAL: _____ TIENDA: _____

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____ PUESTO/CARGO: _____

RAZON PARA AHORRAR : _____ CUENTA BANCARIA DE PLANILLA: _____

EMPRESA DONDE LABORA: OPERADORA DEL ORIENTE S.A DE C.V _____ COOPERATIVA MULTI _____

DATOS DEL CONYUGE

NOMBRE COMPLETO _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ IDENTIDAD NO. _____

TELEFONO : _____ PROFESION: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ TELEFONOS DEL TRABAJO: _____

DIRECCION DEL TRABAJO: _____

OTRA INFORMACION

TIENE FAMILIARES DENTRO DE LA EMPRESA: _____ CUANTOS: _____ PARENTESCO(S): _____

NOMBRE DEL FAMILIAR (ES): _____

OTRAS FUENTE DE INGRESO

| | | |
|----|----|---------------------|
| SI | NO | ACTIVIDAD ECONOMICA |
|----|----|---------------------|

DEPENDIENTES ECONOMICOS

| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | PARENTESCO |
|--------|---------------------|------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

REFERENCIAS PERSONALES Y COMERCIAL

NOMBRE DE UN FAMILIAR: _____ TELEFONO FIJO O CELULAR: _____

COMERCIAL: _____ TELEFONO FIJO O CELULAR: _____

EN CASO DE FALLECIMIENTO DECLARO COMO BENEFICIARIO(S) DE MIS AHORROS A:

| NOMBRE | PARENTESCO | PORCENTAJE (%) |
|--------|------------|----------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Autorizo a la empresa donde trabajo para que me deduzca de mi sueldo quincenal y le sea entregado a la **Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada**, la siguiente cantidad:

AHORRO QUINCENAL CUENTA RETIRABLE (L.50.00 MINIMO) L. _____ AHORRO QUINCENAL CUENTA APORTACIONES (L.150.00 MINIMO) L. _____

AHORRO QUINCENAL CUENTA NAVIDEÑA (L.150.00 MINIMO) L. _____

Declaro bajo fé de juramento, que todos los recursos que serán utilizados para hacer cualquier operación en la Cooperativa provienen de fuente lícita.

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA AFILIADO: _____

AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO

Por este medio autorizo a BAC HONDURAS, S.A, para que de forma indefinida debite de mi cuenta el monto indicado por la Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada

Cuenta Ahorro número _____

Cuenta Corriente número _____

A nombre de: _____

Tegucigalpa M.D.C. _____ de _____ del 202____.

Firma del Afiliado _____

Nombre completo: _____

Número de tarjeta de Identidad _____

Correo electrónico _____

Para Uso exclusivo del Banco:

Número del Plan de la empresa _____

Verificación de Firma por _____ Fecha _____

Incluido al plan por _____ Fecha _____

Firma Oficial _____