



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

Table with 3 columns: 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:

Table with 3 columns: 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 _____