

**COOPERATIVA MIXTA MULTIPARTICIPATIVA LIMITADA****SOLICITUD DE INGRESO AHORRO DE MENORES****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).

**DATOS PERSONALES DEL AHORRANTE MENOR**

CODIGO SOCIO \_\_\_\_\_ CODIGO COOPERATIVISTA \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO** \_\_\_\_\_

IDENTIDAD NO. \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCION (BARRIO O COLONIA): \_\_\_\_\_

PUNTO DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

CENTRO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_ GRADO ESCOLAR ACTUAL: \_\_\_\_\_

CARRERA QUE ESTUDIA: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_

RAZON PARA AHORRAR : \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE O MADRE AFILIADO(A)**

GAFETE \_\_\_\_\_ CODIGO COOPERATIVISTA \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO** \_\_\_\_\_

IDENTIDAD NO. \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ PROFESION U OFICIO: \_\_\_\_\_

DIRECCION EXACTA DEL DOMICILIO: \_\_\_\_\_

PUNTO DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TIEMPO DE RESIDIR EN EL DOMICILIO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA \_\_\_\_\_ UNIDAD DE TRABAJO \_\_\_\_\_ CARGO QUE DESEMPEÑA: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

CUENTA BANCARIA DE PLANILLA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL BANCO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA \_\_\_\_\_ SUELDO: L. \_\_\_\_\_ TELEFONOS DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO: (OBLIGATORIO ESCRIBIR NOMBRE COMPLETO TAL COMO APARECE EN LA IDENTIDAD)**

**A). PRIMER BENEFICIARIO: (OBLIGATORIAMENTE DEBE SER EL AFILIADO A COOPERATIVA MULTIPARTICIPATIVA)**

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIDAD NO.	PARENTESCO	PORCENTAJE
_____	_____	_____	_____

**B). SEGUNDO BENEFICIARIO: (CONTINGENTE EN CASO QUE AL FALLECIMIENTO NO EXISTA EL PRIMERO)**

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIDAD NO.	PARENTESCO	PORCENTAJE
_____	_____	_____	_____

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

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

**AHORRO QUINCENAL CUENTA DE AHORRANTE MENOR (L.50.00 QUINCENAL MINIMO)**

L. \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**Uso Exclusivo de Cooperativa****Aprobación de Junta Directiva**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**operador Multi:**

Fecha :