

SOLICITUD DE INGRESO

Nº. _____

COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ECOPORK, R.L.

Asociado Nuevo Sí ___ No ___ Fecha de Reingreso _____

Por la presente solicito se me admita como Asociado de la Cooperativa sujeto a las disposiciones de los Estatutos, Escritura Social y a las Enmiendas que a ambos se le hagan.

Nombre y Apellido: _____

Cédula N°. _____ N°. S.S. _____ Tipo de Sangre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad _____

Dirección Completa Residencial: _____

Apartado N°. _____ Zona: _____ Tel.(Oficina) _____

Tel. (Res.) _____ Tel.(Res.) _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Cuántas personas dependen de usted (total) _____

Ocupación: _____

Nombre de la Empresa donde Trabaja: _____

Dirección de la Empresa donde Trabaja: _____

Tiempo de trabajar en esta Empresa: _____

Ingreso Mensual Actual B/. _____ Otros Ingresos B/. _____

Nombre de la Empresa donde trabajó anteriormente: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono N°: _____

REFERENCIAS PERSONALES

1. _____ Céd. _____ Dirección: _____

2. _____ Céd. _____ Dirección: _____

REFERENCIA CREDITICIAS

1. _____ Tel. N°. _____

2. _____ Tel. N°. _____

Me comprometo a adquirir en concepto de Certificados de Aportación la Suma de B/. _____ (Semanal, Quincenal, Mensual). Esta cantidad sólo podría variada mediante solicitud escrita a la Junta de Directores.

Fecha: _____ Firma: _____

Para uso de la Junta de Directores

En la reunión celebrada por la Junta de Directores el día _____ de _____ de 201____.

La Solicitud de _____

Nombre y Apellido

Ha sido _____

Aprobada o Rechazada

Presidente

Secretario

Asociado N°, _____

COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES ECOPORK, R.L.

TARJETA TESTAMENTARIA

Designación de Beneficiarios

Fecha: ____ de _____ 201__.

Información sobre el Asociado:

Nombre del Asociado (en letra molde)

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre _____
Cédula N° _____ S.S. N° _____

Fecha de ingreso del Asociado: _____
Día _____ Mes _____ Año _____

Designado como beneficiario para que le sean entregados en caso de muerte mis derechos en la asociación de acuerdo en lo dispuesto en el estatuto, así.

Nombre del Beneficiario dé el nombre completo. Apellido Paterno y Materno.	Dirección	Parentesco	% del Beneficio
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

TOTAL _____ 100%

En caso de ser menor de edad el beneficiario quién sería el custodio _____
Parentesco _____

Dispongo que si alguno de los beneficiarios designados no me sobrevive y no hubiera yo designado a otros beneficiarios, mis derechos en la Cooperativa en caso de muerte, se entregarán a mis herederos de acuerdo con las Leyes de la República.

Verificado por la Cooperativa

Dirección

TESTIGOS: Los abajo firmantes certificamos que este documento fue firmado por la Cooperativa en presencia nuestra.

1. _____
Firma del Testigo _____ Dirección _____
2. _____
Firma del Testigo _____ Dirección _____

Para cancelar en su totalidad la designación de beneficiarios

Cancelese la designación anterior:

Fecha: _____ Firma del Asociado: _____