

# 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: \_\_\_\_\_