

**COOPERATIVA MIXTA MULTIPARTICIPATIVA LIMITADA****SOLICITUD DE INGRESO CHIQI MULTI****SEÑORES: Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada**

Estoy interesado(a) en afiliar a mi hijo (a) menor, por lo que solicito a la Junta Directiva su autorización para el 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.100.00 QUINCENAL MINIMO)**

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

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

FIRMA DEL PADRE O MADRE DEL MENOR: \_\_\_\_\_

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

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

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

operador Multi: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_