



COOPACREOJ, R.L.
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO
EMPLEADOS DEL ÓRGANO JUDICIAL, R.L.
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha: _____ Recomendado por el Asociado No.: _____ Nombre: _____

NUEVO INGRESO	REINGRESO	CAMBIO DE TARJETA
---------------	-----------	-------------------

1. DATOS PERSONALES

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada
Cédula o Pasaporte (si es extranjero)		No. Seguro Social	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Edad	Tipo de Sangre	Estado Civil (C) (S)	Sexo (F) (M)	N° de Dependientes

NIVEL EDUCATIVO

Primaria	Secundaria	Universidad
----------	------------	-------------

2. DIRECCIÓN RESIDENCIAL ACTUAL

Barrio	Corregimiento	Calle	Casa o Edif.
Correo Electrónico		Teléfono	Celular

3. LUGAR DE TRABAJO

Nombre de la Empresa		Cargo que Desempeña		Salario
Fecha de inicio de labores	Teléfono de Oficina	Extensión	Celular	Otros Ingresos
Años de Servicio	Calle	Barrio	Corregimiento	Casa o Edificio

Nombre de un familiar cercano que no viva con usted _____

Parentesco: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Empresa donde trabaja: _____ Dirección: _____

4. CERTIFICADOS DE APORTACIONES

Me comprometo a pagar en concepto de Capital de Aportaciones quincenalmente la suma de	B/. _____
Me comprometo a pagar en concepto de Prima de Seguro quincenalmente la suma de	B/. 2.50

Cada asociado al ingresar a la Cooperativa suscribirá el valor total de sus aportaciones y pagará al menos, una aportación. La parte no pagada por los asociados se considerará una obligación exigible por parte de la Cooperativa.

5. BENEFICIARIOS DEL FONDO DE ASISTENCIA SOCIAL (PADRE, MADRE E HIJOS MENORES DE EDAD) SEGÚN REGLAMENTO.

Nombre Completo del Padre	Dirección	Teléfono	B/. 150.00
Nombre Completo de la Madre	Dirección	Teléfono	B/. 150.00
Nombre Completo del Hijo menor #1	Dirección	Teléfono	B/. 150.00
Nombre Completo del Hijo menor #2	Dirección	Teléfono	B/. 150.00
Nombre Completo del Hijo menor #3	Dirección	Teléfono	B/. 150.00

Designo a: (En caso de muerte del asociado el beneficiario recibe B/. 500.00)

Beneficiario	Parentesco	Teléfono	Edad
Dirección		No. Cheque	Fecha

Firma del Asociado

Verificado por la Cooperativa

N° Cédula: _____