



Ante la globalización
El Cooperativismo es
La solución.

SOLICITUD DE ADMISION COOPERATIVA "CASTELMAR DE R.L."

Foto

Datos Personales

Nombres _____ Apellidos _____ Asociado N° _____		
Sexo _____ Nacionalidad _____		Fecha de Nacimiento _____
Lugar de Nacimiento _____ Edad _____		Estado Civil _____
N° de Dependientes _____ Domicilio _____		
Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		
Dirección _____		
Tiempo de Residir _____ años Teléfono _____		Fax _____ Municipio _____
Departamento _____ País _____		Correo Electrónico _____
Desea recibir información vía Correo electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Identificación

DUI N° _____		Lugar de Expedición _____
Fecha de expedición _____		N° de NIT _____
Otro Documento de Identificación _____		

Muy Atentamente solicito a ustedes considerar mi ingreso como asociado de esta Cooperativa, comprometiéndome a conocer y cumplir los estatutos y reglamentos que rigen la misma. (Aportación Mínima \$10.00)

Cuota de Ingreso: \$5.00 Monto de Aportación Mensual: \$ _____

Lugar y Fecha de cobro: _____

Firma del Solicitante _____ Fecha de Recepción _____

"Declaro que todos los datos contenidos en la solicitud de admisión son verdaderos autorizo a CASTELMAR para que proceda a su verificación"

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA.

El Concejo de Administración, En Sesión Celebrada el _____ de _____ de _____		
Resuelve:	Aprobar <input type="checkbox"/>	Denegar <input type="checkbox"/> Dejar Pendiente <input type="checkbox"/>
Presidente _____ Secretario _____		

Datos Laborales

Empresa donde labora _____	Cargo _____	Tel.: _____
Fecha de Ingreso _____	Dirección _____	
		Tiempo de laborar _____ años

Datos del Cónyuge

Identificación: _____	Nombres _____	Apellidos _____
Nacionalidad _____	Fecha de nacimiento _____	
Empresa donde trabaja _____	Cargo _____	
Tel.: _____		

Referencias Familiares (que no vivan con usted)

Nombres _____	Apellidos _____	Parentesco _____
Dirección _____		Tel _____
Pais: _____	Departamento _____	Municipio _____
Nivel de estudio _____	Profesión _____	
Nombres _____	Apellidos _____	Parentesco _____
Dirección _____		Tel _____
Pais: _____	Departamento _____	Municipio _____
Nivel de estudio _____	Profesión _____	

En caso de fallecimiento designo beneficiarios de mis aportaciones a las personas Sigüientes:

Nombres	Fecha de Nacimiento	Dirección	Parentesco	%

EXCLUSIVO DE CASTELMAR

Recibida por: _____	Firma: _____
Fecha: _____	Hora: _____
Agencia o Departamento _____	