



SOLICITUD DE INGRESO PARA PERSONA NATURAL

CODIGO DE AFILIADO

Señores (as): _____ Fecha de Ingreso ____/____/____

Miembros de la Junta Directiva

COOPERATIVA PADRE GUILLERMO ARSENAULT, LTDA.

Su Oficina,

Distinguidos Señores (as):

Yo, _____, con Código de Afiliación _____ por este medio, con todo respeto hago mi Solicitud de Ingreso, como afiliado de esta Cooperativa de conformidad al artículo N°73 de la ley de Cooperativas de Honduras, artículo N°56 del reglamento de la ley de cooperativas de Honduras, artículo N°167 del Estatuto de la Cooperativa y Artículo 80-A de la Ley de Cooperativas de Honduras.

De ser aceptado como nuevo afiliado (a) prometo cumplir con los estatutos y demás disposiciones de esta Cooperativa, así como llenar los formularios de información anexo que adjunto a la presente. En caso de reunir en mi solicitud los requisitos de ingreso que exige la Cooperativa de Ahorro y Crédito Padre Guillermo Arsenault LTDA, y al ser aprobada les ruego comunicarme.

Atentamente,

Firma del SolicitanteAPORTACIONES RETIRABLE NAVIDEÑO **DATOS PERSONALES DEL COOPERATIVISTA**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Lugar de Nacimiento _____		Fecha de Nacimiento _____	
Nivel Educativo	Primaria <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
Estado Civil:	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/> Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	DNI - Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet de Residente <input type="checkbox"/>
DNI N.º _____	Edad _____	Nacionalidad _____	
Profesión u Oficio _____		Actividad Económica/Ocupación _____	
Dirección _____			
Punto de referencia _____			
Ciudad _____		Bloque _____	Casa _____ Sector _____
Correo Electrónico _____		Teléfono Fijo _____	Celular _____
Posee vivienda Propia <input type="checkbox"/>	Alquila <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Tiempo de Residir _____
Vehículos: Marca _____		Tipo _____	Modelo _____ Placas _____ Año _____
Compromiso de Ahorro L _____		Semanal <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
Cuentas en otras instituciones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la Institución _____	
Negocio Propio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del Negocio _____	
Dirección del Negocio _____		Giro Comercial _____	

Propósito de la Cuenta _____**Origen o Fuente de Ingreso** _____**Monto aproximado de ingreso mensual L** _____Viene en representación de otra persona a aperturar la cuenta? Si No Si es sí, proporcione el nombre completo: _____

Tel. _____ Dirección del domicilio: _____

Tel. del trabajo _____

DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa _____		Dirección _____	
Teléfono _____		Puesto que desempeña _____ Empleado desde _____	
Nombre de su jefe inmediato _____			
Actividad económica de la Empresa _____			
Sueldo L _____		Otros Ingresos L _____ Procedencia _____	
Ha desempeñado algún Cargo Público en los últimos dos años Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Donde _____			
Tiene familiares que trabajen en la Cooperativa No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		Parentesco : _____	

DATOS DEL CONYUGE

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Donde Labora _____		Cargo que desempeña _____ Sueldo L _____	
Otros Ingresos _____		Procedencia _____	
DNI N.º _____	Fecha de Nac. ____/____/____	Cel: _____	Correo _____

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE

NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	CENTRO EDUCATIVO

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Ante mi _____ Empleado (a) de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Padre Guillermo Arsenault Ltda.
 Compareció el (la) Sr.(a) _____ con documento de Identificación
 N° _____ con domicilio _____ quien declara que en caso de fallecimiento deja como
 beneficiarios de sus ahorros y de la protección de Seguro de Aportación, siempre y cuando esta protección no exceda de L _____
 (_____) a las siguientes personas.

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	PARENTESCO

La designación de beneficiarios deberá de ser llenado con el puño y letra del Cooperativista así como también debe de firmarlo.

REFERENCIAS COOPERATIVISTA, COMERCIALES O BANCARIAS

NOMBRE DE LA INSTITUCION	DIRECCION	PERSONA QUIEN CONFIRMA	TELEFONO

REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES

NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO

AUTORIZACION CONSULTA CENTRAL DE RIESGO

De manera irrevocable autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Padre Guillermo Arsenault LTDA. Para solicitar, consultar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad autorizada para administrar bases de datos, así como información relacionada con mi actividad financiera y/o comercial, autorizando así mismo a ser consultado en la central de riesgo, mientras sostenga una relación de socio vigente en esta cooperativa de ahorro y crédito.

DECLARACION DE ORIGENES DE FONDO

Declaro que los fondos que maneje en la Cooperativa de Ahorro y Crédito Padre Guillermo Arsenault LTDA, a través de los diferentes productos que ofrece y lo que entregue como deposito y/o Inversión proviene de fuentes licitas, autorizando a esta Institución, que en caso de infracción de cualquiera del contenido expresado en este formulario, dejo exenta a la cooperativa de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que halla proporcionado en los documentos de apertura de cuenta y/o actualización de datos, como la violación de los mismos.

VOLUMEN MENSUAL ESTIMADO QUE MANEJARÁ EN LA CUENTA

Lempiras		
50.00	a 10,000.00	<input type="checkbox"/>
10,000.01	a 50,000.00	<input type="checkbox"/>
50,000.01	a 100,000.00	<input type="checkbox"/>
100,000.01	en adelante	<input type="checkbox"/>

Dólares		
20.00	a 2,000.00	<input type="checkbox"/>
2,000.01	a 5,000.00	<input type="checkbox"/>
5,000.01	en adelante	<input type="checkbox"/>

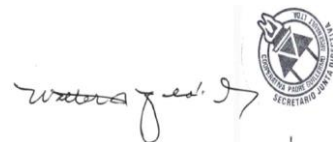
Firma del Afiliado

Huella

Solicitud aprobada por Junta Directiva en punto N.º _____ de acta _____ con fecha _____



Jorge Alberto Martinez Cerrato
Presidente de Junta Directiva



Walter Pineda Zaldivar
Secretario de Junta Directiva

Usuario: _____

Firma de Gerente de Filial _____