

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 Solicitante

**DATOS PERSONALES DEL MENOR**

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"/>		
Partida de Nacimiento <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet de Residente <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Partida de Nacimiento _____	Edad _____	Nacionalidad _____	
Dirección _____			
Punto de Referencia _____			
Ciudad _____ Bloque _____ Casa _____ Sector _____ Teléfono Fijo _____			
Compromiso de Ahorro L _____	Semanal <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>

**DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE DEL MENOR**  
( Se Requiere fotocopia de identificación legible y ampliada)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Lugar de Nacimiento _____		Fecha de Nacimiento _____	
DNI N° _____		Edad _____ Nacionalidad _____	
Profesión u Oficio _____		Actividad Económica/Ocupación _____	
DNI <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet de Residencia <input type="checkbox"/>	
Dirección _____			
Punto de Referencia: _____			
Ciudad _____ Bloque _____ Casa N° _____ Sector _____			
Correo Electrónico _____		Teléfono Fijo _____ Celular _____	
Posee vivienda Propia <input type="checkbox"/>	Alquila <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	
Vehículos: Marca _____ Tipo _____ Modelo _____ Placas _____ Año _____			
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 _____			

**DATOS LABORALES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

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  No  Donde: \_\_\_\_\_

**PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE**

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	CENTRO EDUCATIVO

**REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES**

NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO

**REFERENCIAS COMERCIALES O BANCARIAS**

NOMBRE DE LA INSTITUCION	DIRECCION	PERSONA QUIEN CONFIRMA	TELEFONO

**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**

Ante mi \_\_\_\_\_ Empleado ( a ) de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Padre Guillermo Arsenault Ltda., Compareció el (la) Sr \_\_\_\_\_ con numero de documento de Identificación N.º \_\_\_\_\_ con domicilio \_\_\_\_\_ fallecimiento \_\_\_\_\_ quien declara que en caso de decaer como beneficiarios de sus ahorros a las siguientes personas:

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE	EDAD	DIRECCION

**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 depósito y/o Inversión proviene de fuentes lícitas, 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	50,000.00	<input type="checkbox"/>
100,000.01	a	300,000.00	<input type="checkbox"/>
300,000.01	a	500,000.00	<input type="checkbox"/>
500,000.01	en	Adelante	<input type="checkbox"/>



Firma del Representante Legal

Huella

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




**Jorge Alberto Martínez Cerrato**  
Presidente de Junta Directiva

**Walter Pineda Zaldívar**  
Secretario de Junta Directiva

Usuario: \_\_\_\_\_

Firma de Gerente de Filial \_\_\_\_\_