



## SOLICITUD DE INGRESO PARA PERSONA JURÍDICA

Señores (as)

Fecha de Ingreso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CODIGO DE AFILIADO

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 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 GENERALES PARA PERSONA JURÍDICA

Razón o denominación Social \_\_\_\_\_ Nombre Comercial \_\_\_\_\_

Giro Comercial del Negocio \_\_\_\_\_ Numero de RTN: \_\_\_\_\_

Dirección física de la Empresa \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Numero de Oficinas \_\_\_\_\_ Numero de Empleados \_\_\_\_\_

Tamaño de la Empresa Pequeña  Mediana  Grande

Propósito de la Cuenta Ahorro  Crédito  Pagos  Otros  Explique \_\_\_\_\_

Procedencia de los Fondos \_\_\_\_\_

### PROVEEDORES DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCION	TELEFONO	PERSONA QUIEN CONFIRMA

### REFERENCIAS BANCARIAS

NOMBRE DE LA INSTITUCION	TIPO DE CUENTA	TELEFONO	PERSONA QUIEN CONFIRMA

### REFERENCIAS COMERCIALES

NOMBRE DE LA EMPRESA	TIPO DE NEGOCIO	TELEFONO	PERSONA QUIEN CONFIRMA

### VOLUMEN MENSUAL ESTIMADO QUE MANEJARÁN EN LA CUENTA

Lempiras				Dólares			
50.00	a	50,000.00	<input type="checkbox"/>	50.00	a	3,000.00	<input type="checkbox"/>
100,000.01	a	300,000.00	<input type="checkbox"/>	3,000.01	a	6,000.00	<input type="checkbox"/>
300,000.01	a	500,000.00	<input type="checkbox"/>	6,000.01	en	Adelante	<input type="checkbox"/>
500,000.01	en	Adelante	<input type="checkbox"/>				

### REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nivel Educativo Primaria  Media  Superior  Ninguno

Casado (a)  Soltero (a)  Unión Libre  Viudo (a)  Sexo M  F

DNI - Identificación  Pasaporte  Carnet de Residencia  Partida de Nacimiento

DNI N° \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_  
 Profesión u Oficio \_\_\_\_\_ Actividad Económica/Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Punto de Referencia: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Bloque \_\_\_\_\_ Casa N° \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Vivienda Propia  Alquilada  Familiar  Financiamiento   
 Tel. de la Empresa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_

**Propiedades**  
 Localización: \_\_\_\_\_ Valor L \_\_\_\_\_  
 Localización: \_\_\_\_\_ Valor L \_\_\_\_\_  
 Localización: \_\_\_\_\_ Valor L \_\_\_\_\_

**Vehículos**  
 Tipo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Cuentas en otras instituciones** Si  No   
 Nombre de la Institución \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Institución \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Institución \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONYUGE DEL REPRESENTANTE LEGAL**

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

**FIRMAS AUTORIZADAS EN LA CUENTA**

Nombre: \_\_\_\_\_ N° DNI \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ N° DNI \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ N° DNI \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ N° DNI \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**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 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.

Se autoriza a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Padre Guillermo Arsenault, para que verifique la autenticidad de toda la información antes expuesta y para constancia.

firmando la presente en la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ día del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_

Huella

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA**

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

  


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

  


**Walter Pineda Zaldivar**  
 Secretario de Junta Directiva

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

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



