



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 numero de documento nacional de identificación (DNI) _____ 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
 APORTACIONES RETIRABLE NAVIDEÑO
DATOS PERSONALES DEL COOPERATIVISTA

--	--	--	--

Primer Nombre**Segundo Nombre****Primer Apellido****Segundo Apellido**

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Nivel Educativo Primaria Media Superior Ninguno Estado Civil: Casado (a) Soltero (a) Unión Libre Viudo (a) Sexo M F DNI - Identidad Pasaporte Carnet de Residente

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 Alquila Familiar Tiempo de Residir _____

Vehículos: Marca _____ Tipo _____ Modelo _____ Placas _____ Año _____

Compromiso de Ahorro L _____ Semanal Quincenal Mensual Cuentas en otras instituciones: Si No Nombre de la Institución _____Negocio Propio: Si No 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 año Si No Donde _____Tiene familiares que trabajen en la Cooperativa No Si 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	NUMERO DE DNI	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	NUMERO DE DNI	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			Dólares		
50.00	a 10,000.00	<input type="checkbox"/>	20.00	a 2,000.00	<input type="checkbox"/>
10,000.01	a 50,000.00	<input type="checkbox"/>	2,000.01	a 5,000.00	<input type="checkbox"/>
50,000.01	a 100,000.00	<input type="checkbox"/>	5,000.01	en adelante	<input type="checkbox"/>
100,000.01	en adelante	<input type="checkbox"/>			

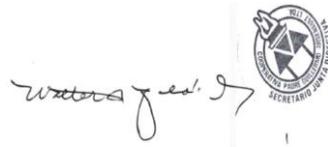
Firma del Afiliado

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