



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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 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: _____ | Nº DNI _____ | Firma _____ |
| Nombre: _____ | Nº DNI _____ | Firma _____ |
| Nombre: _____ | Nº DNI _____ | Firma _____ |
| Nombre: _____ | Nº 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 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.

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

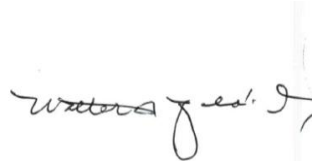

Huella

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 Zaldívar
Secretario de Junta Directiva

Usuario: _____

Firma de Gerente de Filial _____