



Cooperativa de Ahorro y Crédito de la Casa del Trabajador

SOLICITUD DE INGRESO

Sujeto a las disposiciones de las Cláusulas de Incorporación, al Reglamento y a las enmiendas a dichas Cláusulas y Reglamentos de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Casa del Trabajador, solicito la apertura de la(s) siguiente(s) cuenta(s):

- Acciones (socio)
- Ahorros
- Navi Coop

- Vera Coop
- Certificado de Depósitos
- Obrerito

- Cheques
- Otra _____
- Otra _____

Para procesar su solicitud se le requerirá:

- Copia de licencia de conducir vigente
- Copia de la tarjeta de seguro social
- Evidencia dirección residencial (factura agua o luz)

PARTE I		INFORMACION DEL SOLICITANTE					
NOMBRE		INICIAL	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No casado <input type="checkbox"/>	SEGURO SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO		TIPO DE IDENTIFICACION : <input type="checkbox"/> LICENCIA DE CONDUCIR <input type="checkbox"/> OTRO: _____					
DIRECCION POSTAL		DIRECCION RESIDENCIAL					
TELEFONO: () -		LUGAR DE EMISION:			NUMERO:		VENCIMIENTO:
LUGAR Y DIRECCION DE TRABAJO		OCUPACION			INGRESO MENSUAL \$		
TELEFONO TRAB: () -		SUPERVISOR INMEDIATO					
NOMBRE FAMILIAR CERCAÑO						TELEFONO:	
DIRECCION RESIDENCIAL							
PARTE II		INFORMACION DEL CO-SOLICITANTE					
NOMBRE		INICIAL	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No casado <input type="checkbox"/>	SEGURO SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO		TIPO DE IDENTIFICACION : <input type="checkbox"/> LICENCIA DE CONDUCIR <input type="checkbox"/> OTRO: _____			RELACION CON SOLICITANTE		
DIRECCION POSTAL		DIRECCION RESIDENCIAL					
TELEFONO: () -		LUGAR DE EMISION:			NUMERO:		VENCIMIENTO:
LUGAR Y DIRECCION DE TRABAJO		OCUPACION			INGRESO MENSUAL \$		
TELEFONO: () -		SUPERVISOR INMEDIATO					
NOMBRE FAMILIAR CERCAÑO						TELEFONO:	
DIRECCION RESIDENCIAL							
DESEO AUTORIZAR A OTRAS PERSONAS A REALIZAR TRANSACCIONES DE ESTA CUENTA.						<input type="checkbox"/> SI (LLENAR ANEJO) <input type="checkbox"/> NO	
FIRMA SOLICITANTE				FECHA			
FIRMA CO-SOLICITANTE				FECHA			
NUMERO DE CUENTA							

=====

PARA USO DE LA COOPERATIVA
OFAC REVISADO POR:

CLASIFICACION: L M H

RE INGRESO CUENTA NUEVA ACTUALIZAR

DEPOSITO INICIAL: _____ CHEQUE EFECTIVO DESC NOMINAL OTRO _____

PREPARADO POR: _____

FECHA (DD-MM-AA) _____

REVISADO POR: _____

FECHA (DD-MM-AA) _____