

No. asociado:	
Fecha:	
Acta número:	

SOLICITUD DE INGRESO DE ASOCIADO

Señores:

Miembros del Consejo de Administración

DUI o carnet de residente o pasaporte:

DATOS PERSONALES

Asociación Cooperativa de Aprovisionamiento, Ahorro y Crédito de Trabajadores Escolares de Mejicanos y San Salvador de Responsabilidad Limitada.

Solicito mi admision como Asociado/a, de la Asociacion Cooperativa de Aprovisionamiento, Ahorro y Credito de Trabajadores Escolares de Mejicanos y San Salvador de R.L., y una vez aceptada mi solicitud de ingreso como tal, me comprometo a acatar los estatutos sociales y los reglamentos; cumplir con puntualidad mis obligaciones de Asociado/a y obligaciones crediticias contraidas con la Cooperativa, así como de notificar por medio de fehaciente, cualquier cambio de somicilio particular o direccion laboral.

NIT:

	·	•					
Apellidos:			Nombres	3:			
Teléfono:	Celular			E-m	ail:		
Nacionalidad: Lugar nacimient		de to:	e Fech	na de nacimiento:	Sexo	:	
Domicilio:			Municipi	0:			
Profesión:							
			No. de h	ijos:			
Donde desea recibir	su corresp	ondencia:					
DATOS FAMILIARES							
Nombre y apellido del cónyuge:			F	Fecha de nacimiento:			
Dirección:			L	Lugar de trabajo:			
Profesión:	Teléfono f	ijo:	Celular:		¿Es socio/coope?)	Número socio:

NOTA: Presentar copias de DUI, licencia de conducir, tarjeta de circulación, carnet de residencia, recibo de luz o agua.



DATOS FAMILIARES	
NOMBRE DE LOS HIJOS	FECHA DE NACIMIENTO

REFERENCIAS PERSONALES (Datos de familiares cercanos)	
Nombre y apellido:	Relación:
Dirección:	Teléfono:
Nombre y apellido:	Relación:
Dirección:	Teléfono:

REFERENCIAS PERSONALES (Datos de familiares cercanos)	
Nombre y apellido:	Relación:
Dirección:	Teléfono:
Nombre y apellido:	Relación:
Dirección:	Teléfono:

REFERIDO POR (asociado)	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.



BENEFICIARIOS DEL ASOCIADO

NOMBRE DE ASOCIADO:		
DUI:		
	BENEFICIARIOS	
	521121 10 W 110 0	
Nombre:	Edad	Parentesco
Dirección:	Luau	1 arentesco
Porcentaje:		
- Coconcilion		
Nombre:	Edad	Parentesco
Dirección:	Edda	1 diomocco
Porcentaje:		
Nombre:	Edad	Parentesco
Dirección:		
Porcentaje:		
Nombre:	Edad	Parentesco
Dirección:	·	·
Porcentaje:		
Nombre:	Edad	Parentesco
Dirección:		
Porcentaje:		
Nombre:	Edad	Parentesco
Dirección:		
Porcentaje:		
Nombre:	Edad	Parentesco
Dirección:	·	
Porcentaje:		
Nombre:	Edad	Parentesco
Dirección:		
Porcentaje:		



	CARTA DE COMPROMISO A LA CONFIDENCIALDAD DE ACOTREMYSS
	miembro de ACOTREMYSS , por medio de la presente, me prometo a mantener la confidencialidad con relación a toda la documentación e información propia de DTREMYSS y declaró que estoy de acuerdo con lo siguiente:
a.	No divulgar a terceras personas o instituciones el contenido de cualquier documentación o
	información de nuestra cooperativa.
b.	No divulgar problemas económicos y administrativos de la cooperativa a personas ajenas a esta.
C.	No permitir a terceros el manejo de documentos propia de la cooperativa.
d.	No explotar y aprovechar el beneficio propio de ACOTREMYSS bajo evaluación, ni permitir que se
	realicen copias no autorizadas de esa información.
e.	No conservar documentación que sea propiedad de ACOTREMYSS bajo de evaluación.
f.	No divulgar planes y estrategias económicas de la cooperativa a terceros.
g.	Se prohíbe dar información de empleados y de la cooperativa a personas ajenas a cooperativas.
h.	Queda prohibido el mal uso del distintivo que genera beneficios exclusivos para los asociados de ACOTREMYSS .
	haber leído y aceptado los términos de esta carta, si la actividad que se realiza nos permite tener
	a la documentación y a información de ACOTREMYSS , mi compromiso es manejar con ética y abilidad.
or al	gún motivo faltase a cualquiera de nuestros compromisos, aceptaré mi responsabilidad por cada uno
nis a	ctos y las posibles consecuencias.
ЛBR	E: DUI:
MA:	

ENVIAR SOLICITUD A CORREO: acotremyss@outlook.es