**ASOCIACION COOPERATIVA DE AHORRO, CREDITO CRECIMIENTO FINANCIERO DE SONSONATE DE RESPONSABILIDAD LIMITADA (CREFINSO DE R.L.)**

Señor presidente del Consejo de Administración de CREFINSO DE R.L. solicito ser aceptado como socio de la Cooperativa que usted dirige, declarando aceptar y cumplir las disposiciones de sus Estatutos y disposiciones legales vigentes. Asimismo, autorizo a la Cooperativa a gestionar y tramitar el descuento de mis haberes las aportaciones y otras obligaciones.

**DATOS PERSONALES**

Nombre Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. De Dui:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De NIT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profesión:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. De Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beneficiario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es mi intención ingresar como socio de la Cooperativa de Ahorro y Crédito, para lo cual me comprometo a lo siguiente:

1. **Aportar la cuota inicial de ingreso de nuevo socio por $ 10.00. (Única)**
2. **Aportar mensualmente la cantidad de $5.00 en concepto de Aportación.**
3. **Asistir con voz y voto a las Asambleas Generales Ordinarias y Extraordinarias.**

F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aspirante a Socio

F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Nombre:

Socio que Recomienda Socio que Recomienda

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de recepción** | **Se Acepta** | **Se deniega** | **Fecha** |
|  |  |  |  |

F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oscar Armando Zelidón Gil

Presidente del Consejo de Administración