

Solicitud de ingreso al fondo de ahorro

Carta de adhesión al plan del fondo de ahorro

| Domicilio: BUGAMBILIAS COLONIA LAS PALMAS | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| Fecha de Ingreso: | Sucursal: | VALE GUAYMA | S |
| Puesto: GERENTE SUCURSAL | Departamento: | GERENCIA | |
| PORCENTA IE DE APORTACION AL FONDO DE A | HOUND O EIN 30 C | | |
| PORCENTA IE DE APORTACION AL FONDO DE A | HUNNU U EN 3U C | | |
| PORCENTAJE DE APORTACION AL FONDO DE A | No Acepto | | |
| 5% | No Acepto | | |
| 5% Por cada peso que usted ahorre, Corporativo Bancap | No Acepto orepa aportara una | cantidad igual. | ne permito desi |
| | No Acepto orepa aportara una e operación del Fo | cantidad igual. ndo de Ahorro, m | |
| Por cada peso que usted ahorre, Corporativo Bancap Así mismo, y atendiendo al contenido de las bases de para el caso de mi fallecimiento y/o ausencia a las sig se detallan. | No Acepto orepa aportara una e operación del Fo | cantidad igual. ndo de Ahorro, m | |
| Por cada peso que usted ahorre, Corporativo Bancap Así mismo, y atendiendo al contenido de las bases de para el caso de mi fallecimiento y/o ausencia a las sig se detallan. Datos de Beneficiarios | No Acepto orepa aportara una e operación del Fo uientes personas e | cantidad igual. ndo de Ahorro, m n los porcentajes | s que a continua |
| Por cada peso que usted ahorre, Corporativo Bancap Así mismo, y atendiendo al contenido de las bases de para el caso de mi fallecimiento y/o ausencia a las sig se detallan. | No Acepto orepa aportara una e operación del Fo uientes personas e | cantidad igual. ndo de Ahorro, m | |
| Por cada peso que usted ahorre, Corporativo Bancap Así mismo, y atendiendo al contenido de las bases de para el caso de mi fallecimiento y/o ausencia a las sig se detallan. Datos de Beneficiarios Nombre Completo | No Acepto orepa aportara una e operación del Fo uientes personas e | cantidad igual. ndo de Ahorro, m n los porcentajes | s que a continua Porcentaje |
| Por cada peso que usted ahorre, Corporativo Bancap Así mismo, y atendiendo al contenido de las bases de para el caso de mi fallecimiento y/o ausencia a las sig se detallan. Datos de Beneficiarios Nombre Completo | No Acepto orepa aportara una e operación del Fo- uientes personas e | cantidad igual. ndo de Ahorro, m en los porcentajes entesco | Porcentaje |

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Trabajador