

ATENCIÓN

Antes de llenar esta Ficha de Inscripción, le recomendamos lea con atención los requisitos para ingresar como Socio a la Cooperativa Pacífico.

Sr. Presidente del Consejo de Administración:

El suscrito solicita ser aceptado como miembro asociado de la Cooperativa,
comprometiéndose a cumplir con todas las disposiciones del estatuto y leyes peruanas.

Fecha

Código de Socio

LENE ESTA SOLICITUD CON SUS DATOS COMPLETOS A MAQUINA O EN LETRA IMPRENTA.

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE FICHA DE INSCRIPCIÓN TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno				Apellido Materno													
Nombres																	
Fecha y Lugar de Nacimiento:																	
Fecha		País		Departamento		Provincia		Distrito									
Estado Civil:		Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Conviviente <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Sexo		M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad				Doc. Identidad (D.N.I.) (C.E.) N°				Otro:				N°					
Grado de Instrucción				Profesión													
Domicilio:																	
País		Departamento		Provincia		Distrito											
Dirección				Número		Mz		Lote		Dpto. <input type="checkbox"/>		Piso <input type="checkbox"/>		Int. <input type="checkbox"/>			
Referencia																	
Teléfono								Celular				Email					

ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

Desea envío de correspondencia:		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No											
Si desea recibir su correspondencia en un lugar diferente a su domicilio, por favor escribirlo aquí:															
País		Departamento		Provincia		Distrito									
Dirección				Número		Mz		Lote		Dpto. <input type="checkbox"/>		Piso <input type="checkbox"/>		Int. <input type="checkbox"/>	
Referencia															

DATOS DEL TRABAJO

<input type="checkbox"/> Trabaja						<input type="checkbox"/> No trabaja (*)						<input type="checkbox"/> Jubilado (*)						<input type="checkbox"/> Ama de Casa						<input type="checkbox"/> Otro: _____											
Trabajador independiente <input type="checkbox"/>						Trabajador dependiente <input type="checkbox"/>																													
Razón Social																																			
RUC						Nombre Comercial																													
Rango de Ingreso Mensual:						Hasta S/. 1,000 <input type="checkbox"/>						De S/. 1,001 a S/. 2,500 <input type="checkbox"/>						De S/. 2,501 a S/. 5,000 <input type="checkbox"/>						De S/. 5,001 a S/. 10,000 <input type="checkbox"/>						De S/. 10,001 a más <input type="checkbox"/>					
Cargo / Ocupación						Fecha de inicio del negocio / de ingreso																													
Giro del Negocio																																			
Centro de Trabajo:																																			
País		Departamento		Provincia		Distrito																													
Dirección				Número		Mz		Lote		Dpto. <input type="checkbox"/>		Piso <input type="checkbox"/>		Int. <input type="checkbox"/>																					
Referencia																																			
Teléfono												Email																							
<input type="checkbox"/> Si es ESTUDIANTE, complete los datos:																																			
Centro de estudios																																			
(*) Especifique su última ocupación																																			

DATOS FAMILIARES

¿Tiene hijos? ☐ Sí ☐ No N° de hijos _____

Detalle de familiares directos:

Apellidos y Nombres	Doc. Identidad	Parentesco (cónyuge, hijo(a), otros)	Fecha de Nacimiento	Código de Socio
	D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____ N°			
	D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____ N°			
	D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____ N°			
	D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____ N°			
	D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____ N°			

OTROS DATOS

¿Ejerce o ha ejercido en los últimos 2 años un cargo público? ☐ No ☐ Sí ¿Cuál? _____

Observaciones

EN CASO QUE EL SOLICITANTE SEA MENOR DE EDAD O SE HAYA INSCRITO A TRAVÉS DE APODERADO

Apellidos y Nombres del Apoderado 1			Código de Socio
Relación con el solicitante	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/>	Doc. Identidad D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____	N° Doc Identidad
Apellidos y Nombres del Apoderado 2			Código de Socio
Relación con el solicitante	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/>	Doc. Identidad D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____	N° Doc Identidad

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA COOPERATIVA PACÍFICO?

Socio patrocinante ☐ Familia/amigos ☐ Publicidad ☐ Otro: _____

OBSERVACIONES

Firma del Patrocinante

Apellidos y Nombres:

Código de Socio:

Firma del Interesado o Apoderado

(Igual que en su Doc. de Identidad)



Vo. Bo. Procesado



Vo. Bo. Validado



Visado por