



COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SAN LUIS GONZAGA R.L.
COOPESALUGO R.L.

Tel./Fax: 2552-1467 / Tel.: 2551-5013 Apdo.1325-7050

E-mail: coopesalugo@ice.co.cr

Solicitud de Afiliación

Yo, _____
Cédula: _____ Fecha: _____

Por este medio solicito ser aceptado como asociado(a) de la Cooperativa de Ahorro y Crédito San Luis Gonzaga, R.L. COOPESALUGO R.L.. Declaro conocer y aceptar las condiciones del Estatuto y sus Reglamentos los que cumpliré fielmente, así mismo; me comprometo a aportar la suma de \$ _____ para capital social, también las sumas de \$ _____ para:

- Ahorro a la Vista
 Ahorro Navideño
 Ahorro Vacacional
 Fondo Inversión Creciente
 Autorizo para que estas sumas se me deduzcan de mi salario (para quienes reciben pago del Gobierno)

Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: Masculino Femenino N° de Hijos: _____
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Unión Libre Viudo(a)
Tel. Casa: _____ Tel. Oficina: _____ Fax: _____ Celular: _____
Apdo. Postal: _____ Correo Electrónico: _____
Dirección Exacta: _____
Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Datos Laborales

Institución para la que labora: **COOPESALUGO R.L.**
Departamento: _____ Puesto: _____
 En propiedad Interino Otro: _____
Años de trabajo actual: _____ Tel. de trabajo: _____ Salario Líquido \$ _____
Otros ingresos \$ _____ por concepto de: _____
Pensionado: Magisterio Nacional CCSS Salario Líquido \$ _____

Nota: Adjuntar fotocopia a color de la cédula de identidad del solicitante

Datos Familiares

CONYUGE: _____

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

N° Cédula: _____

Profesión: _____

Lugar de Trabajo: _____

Departamento: _____

Tel. Oficina: _____

Ext.: _____

Fax: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Salario Mensual ₡ _____

Recomendado por: _____

Beneficiarios

#1

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

N° Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco: _____

Tel.: _____

Celular: _____

Dirección Exacta: _____

Provincia: _____

Cantón: _____

Distrito: _____

Correo Electrónico: _____

Designo se le otorgue el _____ %

#2

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

N° Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco: _____

Tel.: _____

Celular: _____

Dirección Exacta: _____

Provincia: _____

Cantón: _____

Distrito: _____

Correo Electrónico: _____

Designo se le otorgue el _____ %

Resolución del Consejo de Administración

Aceptado

Pospuesto

Rechazado

Observaciones _____

Día _____

Mes _____

Año _____

Sección N° _____

Artículo N° _____