



COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ALIANZA PARA TRIUNFAR LIMITADA

SOLICITUD DE AFILIACION

Producto		No. De Cuenta		Producto		No. De Cuenta	
Aportaciones				Menores			
Retirables				Navideño			
Deposito Plazo Fijo							

Fecha de Apertura: _____

a) Nombre completo: _____

b) Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____

c) No. de identificación: _____ Identidad _____ Pasaporte _____ Residencia _____ Pda. Nacimi. _____

d) Nacionalidad _____ No. RTN _____ Celular: _____

e) Género: M ___ F ___ Teléfono Fijo _____ Email: _____

f) Estado Civil: Soltero _____ Casado(a) _____ Viudo(a) _____ Divorciado(a) _____ Otros _____

Nombre del Conyugue: _____

g) Dirección de Residencia: _____

h) Casa de habitación: Propia _____ Alquilada _____ Familiar _____ Email2: _____

Posee Vehículo: _____ Marca: _____ Placa: _____ Lo tiene en Garantía? _____

i) Nombre completo de las personas que dependen económicamente del Cooperativista:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación

j) Profesión u Oficio: _____ Posee Negocio Propio: _____ Nombre del Negocio _____

k) Origen de los Recursos: _____ k) Actividad Económica: _____

l) Nombre de Empresa en que labora: _____

Dirección: _____

Cargo: _____ Tel.: _____ Tiempo de Laborar _____

Email trabajo: _____

m) Cargo público en los último 2 años: _____ Institución: _____

n) Nivel de Ingresos actuales:

Rangos de Ingresos					
De 0.00 - 3,000.00		De 6,000.01 -10,000.00		De 20,000.01 - 50,000.00	
De 3,000.01 - 6,000.00		De 10,000.00 - 20,000.00		De 50,000.01 en adelante	

En condición de afiliado me comprometo a depositar para Ahorro de Aportaciones L. _____ Ahorro Retirable L. _____ Ahorro Navideño L. _____ Ahorro Menores L. _____ en forma quincenal _____ mensual _____

En condición de afiliado deposito la cantidad de L. _____, para Depósito a Plazo Fijo.

o) Propósito de la Cuenta: _____

p) Referencias:

Personales, Cooperativistas, Comerciales	Teléfonos	Dirección

r) Nombre y apellidos completos de los Beneficiarios:

Yo, _____. Declaro que en caso de fallecimiento, mis ahorros de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Alianza para Triunfar Limitada, les sean entregados a las siguientes personas:

Nombre	Parentesco	Edad	%

s) Nombre y apellidos de personas con firma autorizadas: (llenar formato de persona autorizada)

Nombre	Identidad	Firma

Con la presente designación libero a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Alianza para Triunfar Limitada de cualquier responsabilidad legal presente y futura que pudiera afectarle, Certifico que la información anterior es verdadera y autorizo a la cooperativa alianza a que confirme y le extendiendo autorización para que investigue mis cuentas activas y pasivas en la central de riesgos y otras fuentes, también autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Alianza para Triunfar Limitada para que pueda verificar la autenticidad de la información antes expuesta y para constancia firmó en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____

Firma del Solicitante

Huella dactilar dedo índice derecho

Solicitud aprobada por Junta Directiva en Punto No. _____ de acta _____ con fecha _____

Gerente General Cooperativa

Empleado de Cooperativa