

ACOFRAM de R.L.



Asociación Cooperativa de Ahorro, Crédito, Consumo y Servicios
Múltiples de oficiales, familiares, retirados, activos militares de
Responsabilidad Limitada.

SOLICITUD DE INGRESO

San Salvador _____ de _____ de _____

Código de
asociado

ACOFRAM DE R.L.

Sirva la presente para confirmarles mi deseo de pertenecer a la cooperativa, comprometiéndome a cumplir y aceptar lo dispuesto en la Ley de Asociaciones y su Reglamento, así como los Estatutos de ACOFRAM, DE R.L. Para tal fin, a continuación, proporciono los siguientes datos:

Nombre (según DUI): _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Edad	Fecha de nacimiento	Estado Civil
N° DUI	Fecha de expedición	N° afiliación del IPSFA
Grado militar	Dirección de residencia (calle, colonia, municipio)	
Departamento	Lugar y dirección de trabajo	

DATOS DE CONTACTO

N° teléfono fijo	N° celular	Teléfono de trabajo	Correo electrónico
------------------	------------	---------------------	--------------------

Si usted ha sido referido/a por un familiar o asociado, complete lo siguiente:

Nombre de la persona que lo refiere	Parentesco
-------------------------------------	------------

¿Recibió información por medio del Comité de Educación?

Sí No

DATOS DEL CONYUGE

Nombre del conyuge	Profesión u oficio	
N° DUI	Lugar de trabajo	Teléfono

PERSONALES

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:

Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:

BENEFICIARIOS - PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN

Nombre	Parentesco	Porcentaje

Declaro que la información proporcionada es veraz. Asimismo, acepto pagar \$10.00 en concepto de cuota de ingreso, la cuál será aplicada en el primer descuento.

F. _____

Solicitante

F. _____

Presidente

F. _____

Secretario

Aprobado en Acta N° _____ Punto N° _____ de fecha: ____ / ____ / ____



ACOFRAM de R.L.

Asociación Cooperativa de Ahorro, Crédito, Consumo y Servicios
Múltiples de oficiales, familiares, retirados, activos militares de
Responsabilidad Limitada.

ORDEN IRREVOCABLE DE DESCUENTO PARA APORTACIÓN MENSUAL

Yo _____ de _____ años de edad, de alta en _____ con documento único de identidad N° _____ para que del monto de mi sueldo sea descontada mensualmente la suma de **DIEZ 00/100 (\$10.00) dólares en concepto de APORTACIÓN, mas TRES 00/100 (\$3.00) dólares en concepto de CUOTA DE AUXILIO DE SEPELIO, haciendo un total de TRECE 00/100 (\$13.00) dólares mensuales.** La cual deberá ser remitida a ACOFRAM DE R.L. En fe de lo cual firmo la presente autorización por duplicado, en la ciudad de San Salvador, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

N° afiliación del IPSFA: _____.

Solicitante F. _____



ACOFRAM de R.L.

Asociación Cooperativa de Ahorro, Crédito, Consumo y Servicios
Múltiples de oficiales, familiares, retirados, activos militares de
Responsabilidad Limitada.

ORDEN IRREVOCABLE DE DESCUENTO PARA APORTACIÓN MENSUAL

Yo _____ de _____ años de edad, de alta en _____ con documento único de identidad N° _____ para que del monto de mi sueldo sea descontada mensualmente la suma de **DIEZ 00/100 (\$10.00) dólares en concepto de APORTACIÓN, mas TRES 00/100 (\$3.00) dólares en concepto de CUOTA DE AUXILIO DE SEPELIO, haciendo un total de TRECE 00/100 (\$13.00) dólares mensuales.** La cual deberá ser remitida a ACOFRAM DE R.L. En fe de lo cual firmo la presente autorización por duplicado, en la ciudad de San Salvador, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

N° afiliación del IPSFA: _____

Solicitante F. _____