

**COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE LA MADERA
"MADECOOP"**



TARJETA DE INGRESO

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____ C.C. No. _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Lugar _____

Estado Civil _____ Profesión _____ Nivel Académico _____

D. Actual _____ Barrio _____ Tel: _____

E-mail: _____ Empresa donde trabaja _____ Dirección _____

Tel.: _____ Tiempo de Servicio _____ Clase de Contrato _____

Ingreso Mensual \$ _____ Otros \$ _____ Valor \$ _____

Forma de Pago _____ Cargo que desempeña _____

Vivienda Propia _____ Hipotecada _____ Escritura No. _____ Notaría _____

Nombre(s) del Cónyuge _____ Apellidos _____ C.C. No. _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Lugar _____

NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

Apellidos	Nombres	Edad	Parentesco	Nivel Académico
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Nombres: _____

PADRE	VIVE	MADRE	VIVE
-------	------	-------	------

Dirección de los Padres _____ Barrio _____ Tel. _____

REFERENCIAS PERSONALES

Nombres	Apellidos	Dirección	Barrio	Tel.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombres	Apellidos	Dirección	Barrio	Tel.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

VÍNCULO: FAMILIAR _____ LABORAL _____

Por la presente solicito se me admita como Asociado(a) de la COOPERATIVA, declaro que me someto a sus Estatutos y Reglamentos, autorizo para que a partir de mi vinculación se me efectúen los descuentos por nómina de mis obligaciones. Si soy asociado(a) independiente me comprometo a efectuar los pagos dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes y aportar mensualmente como mínimo el 5% de un S.M.L.V. o la suma o valor de \$ _____ mensuales.

Ciudad y Fecha _____ Firma _____

Ante la presencia del Presidente de la Cooperativa _____
y de los testigos que firman conmigo, compareció el(la) Señor(a) (ita) _____
_____ de nacionalidad _____ de estado
civil _____ de _____ años de edad, portadora de la Cédula de Ciudadanía
No. _____ expedida en _____ domiciliado y residenciado
en _____ quien declara bajo juramento que desea y es su voluntad que de
acuerdo con lo dispuesto en la Ley, en caso de fallecimiento sus Ahorros y el Seguro que ampara los mismos serán
entregados.

Apellidos y Nombre

C.C. No.

Parentesco

Si el anterior Beneficiario no estuviere vivo en la fecha de mi fallecimiento deberán ser entregados al siguiente beneficiario:

Apellidos y Nombre

C.C. No.

Parentesco

Ciudad y Fecha

Interesado

Testigo

Testigo

Datos verificados por: _____

Huella

APROBADA EN REUNIÓN DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL DÍA _____
SEGÚN ACTA No. _____

Vo. Bo. _____
Presidente

Vo. Bo. _____
Secretario(a)