

SOLICITUD DE INGRESO

CODIGO DEL SOCIO

FECHA DE APROBACION

DATOS DEL SOLICITANTE PERSONA NATURAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
DNI Nro./CIP.	EST. CIVIL:	FECHA DE NAC.:
CASA: PROPIA _____ FAMILIAR _____ ALQUILADO _____ OTROS _____		
DIRECCION:		
URB.	DISTRITO:	PROVINCIA:
TELEF. CASA:	TELEF. MOVIL1:	TELEF. MOVIL2:
E-MAIL:		
ESTUDIOS: ESCOLARES ☐	TECNICOS ☐	UNIVERSITARIOS ☐ POSTGRADO ☐
ESTUDIOS SUPERIORES:		

INFORMACION LABORAL

ACTIVIDAD ECONOMICA:
CENTRO LABORAL:
GIRO DEL NEGOCIO:
DIRECCIÓN:

REFERENCIAS FAMILIARES

APELLIDOS Y NOMBRES:		
DOMICILIO:		
URB.	DISTRITO:	PROVINCIA:
TELEF. FIJO:	TELEF. MOVIL:	PARENTESCO:

FIRMA DEL SOCIO

FECHA: _____

PRESENTADO POR:

**FIRMA DEL
PRESENTANTE**

DNI Nro.: _____

CARTA DE COMPROMISO

Yo identificado con DNI Nro., en mi calidad de aspirante a asociado de la COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALES SAN ANTONIO DE PADUA, una vez sea aceptada mi inscripción me comprometo a:

1. Aportar mensualmente la cuota mínima de S/ 20.00, monto que irá a mi cuenta personal de aportaciones.
2. Cumplir puntualmente con mis demás obligaciones económicas adquiridas tales como préstamos, multas establecidas por la Asamblea General, etc.
3. Asistir de forma obligatoria a la Asamblea Ordinaria y/o Extraordinaria de socios.
4. Asistir a los cursos de capacitación sobre Cooperativismo, programados por el Comité de Educación.
5. En caso de cambio de domicilio, deberé señalar mi nuevo domicilio en un plazo de 05 días hábiles, caso contrario se tomará como cierto para todo efecto mi domicilio señalado en la ficha de inscripción.

Así mismo declaro conocer y aceptar que:

1. La cuota de inscripción de S/ 10.00 no forma parte de mis aportaciones y no está sujeta a devolución en caso de renuncia.
2. Las aportaciones no constituyen ahorros.
3. En caso de renuncia, COOSAP podrá diferir la devolución de mis aportaciones, cuando la situación económica o financiera no lo permita.

.....
FIRMA DEL SOCIO



DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS DE APORTACIONES/CONTRATO MUTUO

Por la presente, yo,
identificado con DNI Nro., en mi calidad de asociado hábil de la
COOPERATIVA DE SERVICIOS ESPECIALES SAN ANTONIO DE PADUA, en pleno uso de mis
facultades mentales, capacidad de discernimiento, amparado en la parte pertinente del
artículo 21° de nuestro Estatuto vigente y con la observancia de los artículos 140° y 141°
de nuestro código civil; En el caso que falleciera, Declaro como beneficiario(s) de mis
aportaciones que mantengo en la Cooperativa, a la(s) siguientes personas(s):

APELLIDOS Y NOMBRES	DNI Nro.	PARENTESCO O VÍNCULO	PORCENTAJE

Total: 100%

Lugar y Fecha:

FIRMA DEL SOCIO