

COOPERATIVA "15 DE SEPTIEMBRE" LIMITADA

Su Independencia Económica

Oficina Principal, Comayagüela PBX- 2238-1893, Filial Mercado Mayoreo Comayagüela Tel. 2223-5838, Filial Lago de Yojoa Tel. 2642-4040, Filial San José de Comayagua Tel. 2717-0829, Filial San Pedro Sula Tel. 2557-6887



SOLICITUD DE AFILIACION

DATOS PERSONALES

CALIFICACION DE RIESGO

ALTO	MEDIO	BAJO

Fecha de Ingreso ____/____/____ Oficina _____ Cuenta No. _____

1er. Nombre _____ **2do. Nombre** _____ **1er. Apellido** _____ **2do. Apellido** _____

Tipo de identificación: Identidad _____ Pasaporte (país) _____
Carné de Residencia _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____/ Lugar de nacimiento _____
Nacionalidad _____ RTN _____ Sexo: M _____ F _____ Profesión, Oficio u ocupación _____
Estado Civil: Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Unión Libre _____
Divorciado _____ Viudo _____ Dirección Completa: Barrio o Colonia _____
Ave. _____ Calle. _____ Sector: _____ BL. _____ Casa. _____
Municipio _____ Departamento _____ Tel. Residencia _____
Celular _____ Tel. Trabajo _____ Correo Electrónico _____ Punto de referencia _____
Vivienda: Propia _____ Alquila _____ Familiar _____

Tiempo de residir _____ Nombre del Cónyuge _____
Nombre completo de la (s) persona (s) que depende económicamente de usted
1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

Empresa y dirección donde labora _____
Ingreso Mensual _____ Teléfono _____ Tiempo de Laborar _____
Cargo que desempeña _____ Otros Ingresos, cuanto L. _____
Origen de los recursos _____ Actividad económica _____

DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Yo, _____. Declaro que en caso de fallecimiento, mis haberes de la Cooperativa 15 de Septiembre, Limitada, les sean entregados a las siguientes personas:

No.	Nombre del Beneficiario	Edad	Parentesco	Porcentaje
1				
2				
3				

Beneficiario Final	Nombre:	Parentesco:	ID:

En caso que el o los beneficiarios sean menores de edad, designo tutor a: _____ ID _____

Posee Negocio Propio Si _____ No _____
Nombre del Negocio _____ Actividad del Negocio _____
Dirección Negocio: _____ Teléfono _____
Puesto que desempeña _____ Origen o Fuente de los Recursos _____
Nombre del empleador _____ dirección y teléfono _____
Volumen de ventas mensual estimado L: _____
Ha ocupado cargos públicos en los últimos 2 años: Si _____ No _____ Tipo de Cargo _____
Tiene parientes en cargos públicos: Si _____ No _____ Tipo de Parentesco _____

Tiene parientes PEPs desempeñando funciones : Si _____ No _____ Tipo de Parentesco _____
1) _____ 2) _____

REFERENCIAS

REFERENCIAS: BANCARIAS, COOPERATIVAS U OTRA INSTITUCION FINANCIERA DEL SISTEMA:

Nombre de la Institución 1 _____ Tipo de cuenta: Ahorros _____ Cheques _____ D.P.F. _____ Otros: _____
Nombre de la Institución 2 _____ Tipo de cuenta: Ahorros _____ Cheques _____ D.P.F. _____ Otros: _____
Nombre de la Institución 3 _____ Tipo de cuenta: Ahorros _____ Cheques _____ D.P.F. _____ Otros: _____

REFERENCIAS PERSONALES:

1. Nombre _____

Dirección _____

Teléfono Residencia (fijo) _____ Teléfono Trabajo (fijo) _____

2. Nombre _____

Dirección _____

Teléfono Residencia (fijo) _____ Teléfono Trabajo (fijo) _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Propósito de la cuenta:

Por medio de la presente declaro que el propósito de la cuenta en la Cooperativa 15 de Septiembre se debe a: _____ por tanto solicito mi ingreso como afiliado y me comprometo a partir de esta fecha a aportar en forma Semanal Quincenal Mensual una cuota de L. _____, así como, acatar las Leyes, Estatutos, Reglamentos y Resoluciones vigentes y las que se emitan en el futuro.

Declaración del Origen (Procedencia) de los Recursos:

En cumplimiento de las normas legales para la apertura y manejo de cuentas de aportaciones, ahorros retirables, navideño, ahorro de menores y depósitos a plazo fijo, **declaro** ante la Cooperativa Mixta "15 de Septiembre", que los recursos depositados provienen de actividades relacionadas con: _____ y **no de actividades ilícitas.**

Autorización para consulta y Reporte a la Central de Riesgo:

Por medio de la presente autorizo irrevocablemente, a que se realice las consultas sobre mi situación crediticia en la Central de Riesgos que maneja la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y/o en cualquier otra Central de Riesgos a la que la Cooperativa Mixta "15 de Septiembre", Limitada, este afiliada o tenga acceso.

Lugar y Fecha _____

HUELLA DIGITAL



Firma del Cooperativista (Afiliado)

FIRMAS AUTORIZADAS

1.-	2.-	3.-

Nombres y apellidos de las personas con firmas autorizadas

1.- _____ ID: _____

2.- _____ ID: _____

3.- _____ ID: _____