Coopebacen
UNIDOS PARA NUESTRO BIENESTAR

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN A COOPEBACEN, R.L.

Datos Personales del Asociado:

Número de Cédula	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre

Fecha de ingreso a laborar	Centro de Trabajo
	☐ BCCR ☐ SUPEN ☐ SUGEVAL ☐ SUGESE ☐ SUGEF ☐ CONASSIF

Departamento:

Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado Civil	Número de hijos

Dirección

Provincia	Cantón	Distrito

Dirección Exacta

Números Telefónicos:

Extensión	Teléfono Casa	Celular

Correo electrónico Institucional	Correo electrónico personal

Cuentas bancarias (para transacciones con nuestra cooperativa) :

Nombre del Banco	Cuenta IBAN

Señores
Consejo de Administración
S. O.

Solicito por este medio ser aceptado como asociado de COOPEBACEN, R. L., declarando conocer y aceptar las disposiciones del Estatuto y los Reglamentos. Me comprometo a realizar el aporte obligatorio y además los siguientes montos o los que autorice en el futuro, de acuerdo a la periodicidad de pago salarial establecida por el Banco Central de Costa Rica.

Seleccione el porcentaje de retención como aporte obligatorio de capital que desea aplicar a su salario bruto quincenal:	**5%**	**4%**	**3%**	**2%**

Indique el monto de los ahorros voluntarios que desea suscribir por quincena:				
Capital aporte voluntario	**Ahorro a la vista**	**Ahorro Navideño**	**Ahorro Escolar**	**Ahorro Mundialista**
₡	₡	₡	₡	₡

Designo como beneficiario(s), en caso de fallecimiento, a la(s) persona(s) que de seguido detallo, con el fin de que retire el monto de mis ahorros, previa liquidación de cualquier suma que fuere imputable a éstos.

N° Cédula	**Nombre Completo**	**Fecha de Nacimiento**	**Parentesco**	**%**	**Teléfono**

Observaciones:
_____
_____

Firma del asociado: _____ **Fecha:** _____

****************Adjuntar copia de la cédula por ambos lados****************

Remitir este documento en formato pdf y firmado digitalmente a la dirección electrónica
tramites@coopebacen.com

Aprobado por el Consejo de Administración en Sesión Nº _____ del _____.