

NOMBRE DEL ASOCIADO:		NÚMERO DE ASOCIADO:	
FECHA DE INGRESO:		FECHA RECEPCIÓN ULTIMO FONDO:	

FONDO SOLICITADO:

**HOSPITALIZACIÓN**  
 B/. 75.00

VERIFICACIÓN DE COMPROMISOS DEL ASOCIADO (A) CON COOPACEH, R. L.:

APORTACIÓN       PRÉSTAMOS       CUENTAS POR COBRAR       OTROS

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

**DECLARACION JURADA:**

**DECLARO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACION DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS EN LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS.**

*Señor (a) Asociado (a): Se le informa que al recibir beneficios de la empresa no podrá retirarse antes de un (1) año de haber hecho uso del mismo.*

FIRMA:

CÉDULA:

VERIFICADO POR:

AUTORIZADO POR: