

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

FONDO SOLICITADO:

TRATAMIENTO DE CÁNCER

B/. 150.00

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: