

Solicitud de Admisión Persona Natural



Cooperativa de Ahorro y Crédito SERVICOOB-BN Ltda.

"SERVICOOB-BN"

Fundada el 23 de Mayo del 2006 / Partida Electrónica N° 1885021

N° de Registro

Antes de llenar esta solicitud de Admisión, recomendamos leer con atención los requisitos para ingresar como socio(a) a **Servicoop - BN Ltda.**

Sr. presidente del Consejo de Administración de **Servicoop - BN Ltda.**, solicito ser aceptado (a) como socio (a), asimismo me comprometo a cumplir con las disposiciones del Estatuto y Leyes vigentes.

1 Datos Personales

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Nro.: <input type="text"/>			Fecha de Nacimiento
			Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Lugar de Nacimiento			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	Departamento	Provincia	Distrito
Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Cónyuge o Conviviente <input type="text"/>			
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente/DNI <input type="checkbox"/> <input type="text"/>			
Grado de Instrucción: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Profesión / Ocupación <input type="text"/>			
Domicilio <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Jr. / Calle/Av.		Urb. / AAHH. / Otros	
Nro. <input type="text"/>	Int. <input type="text"/>	Mz. <input type="text"/>	Lote <input type="text"/>
Piso <input type="text"/>	Distrito <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Provincia	Departamento	Referencia	
Teléfono fijo <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>	E-mail personal <input type="text"/>	

2 Datos Laborales

Trabajador Independiente <input type="checkbox"/>	Trabajador dependiente <input type="checkbox"/>	Nombrado <input type="checkbox"/>	CAS <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
No trabaja* <input type="checkbox"/>	Jubilado* <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
Nombre o Razón Social del centro laboral <input type="text"/>					
Dirección <input type="text"/>					
Nro. <input type="text"/> Int. <input type="text"/> Mz. <input type="text"/> Lote <input type="text"/> Piso <input type="text"/>					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Distrito	Provincia	Departamento	Referencia		
Teléfono fijo <input type="text"/>	Anex. <input type="text"/>	E-mail laboral <input type="text"/>			
Giro Laboral / del Negocio <input type="text"/>					
Área <input type="text"/>	Cargo <input type="text"/>	Fecha de Ingreso <input type="text"/>			
Rango de Ingreso mensual:					
Hasta S/ 1000 <input type="checkbox"/>	De S/ 1,001 a S/2,500 <input type="checkbox"/>	De S/2,501 a S/5,000 <input type="checkbox"/>	De S/5,000 a más <input type="checkbox"/>		

*Especifique su última ocupación en este formulario.

Solicitud de Admisión Persona Natural



Cooperativa de Ahorro y Crédito SERVICOOB-BN Ltda.

“SERVICOOB-BN”

Fundada el 23 de Mayo del 2006 / Partida Electrónica N° 1885021

3

Datos de los familiares a quien se les entregara mis aportes en caso de fallecimiento

Apellidos y nombres	Doc. Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	¿Es Socio?	
				Si	No*

4 Obligaciones Asociativas (Pago mensual)

Aporte S/. Fondo de Previsión Social: S/.

5 Modalidad de Afiliación

Independiente Por convenio/Casilla*

6 Declaración

Es sujeto obligado a informar a la UIF Perú: No Sí

Es PEP (Persona expuesta políticamente): No Sí

- a) Si mi modalidad de afiliación es por convenio o casilla, autorizo a **Servicoop-BN Ltda.** a que me descuente de mis remuneraciones,, beneficios sociales y cualquier otro concepto permitido por Ley.
- b) Participar y asistir a las Asambleas, reuniones y/o elecciones programadas por la Cooperativa.
- c) Haber recibido el Estatuto. Manual del Socio y Reglamentos vigentes de La Cooperativa..
- d) Tener conocimiento que la información general de los beneficios, servicios y productos se encuentran publicados en la página web y en otros medios vigentes.
- e) Estar instruido(a) de la Ley N°29733. Ley de Protección de datos personales. Es decir soy consciente que la información que brindo a **Servicoop-BN Ltda.** que permita mi identificación o me haga identificable, así como información personal, financiera y crediticia incluyendo información calificada como datos sensibles tantos en forma escrita, oral o electrónica son datos personales, y que estos pueden ser recopilados y almacenados en la base de datos de **Servicoop-BN Ltda.**
Por lo antes dicho, autorizo a **Servicoop-BN Ltda.** para que pueda dar tratamiento y uso a mis Datos Personales arriba señalados, de manera directa o por intermedio de terceros de la manera más amplia permitida por las normas perminentes y conforme a los procedimientos que estos determinen en el marco de sus operaciones habituales, incluyendo remisión de ofertas comerciales o publicidad.
- Asimismo declaro estar instruido (a) de que tengo derecho a la revocación de la presente autorización a través de una comunicación expresa vía escrita o virtual .
- f) Todos los datos que he consignado en esta solicitud son veraces.

Fecha:

Firma del solicitante: _____

Huella digital

FIRMA PRESIDENTE



Cooperativa de Ahorro y Crédito Servicoop-bn Ltda.

“SERVICOOOP-BN”

Fundado el 23 de Marzo del 2006

Partida Electrónica N° 11885021

“AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO”

Lima, _____ de _____ del 20 _____

Señor (es):

Presente.-

De mi mayor consideración:

Siendo que el suscrito es socio de la **Cooperativa de Ahorro y Crédito SERVICOOOP-BN Ltda.**; de acuerdo con el Art. 2° inciso 13° de la Constitución Política del Perú, con pleno conocimiento y al amparo del Artículo 79° del T.U.O. de la Ley General de Cooperativas D.S. 074-90-TR, autorizo de manera expresa, voluntaria, irrevocable e incondicional a usted (es) a deducir mensualmente con cargo a mis remuneraciones, pensiones y/o beneficios sociales, la cantidad de:

Aporte Mensual : _____

Cuota Mensual : _____

Datos Personales:

Apellidos y Nombres : _____

N° D.N.I. : _____

Código : _____

Dependencia Laboral : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____



Firma

Huella Digital

Asimismo, preciso que el descuento mensual se realizará hasta que se cancele la deuda total de acuerdo a la información proporcionada por la Cooperativa.

Nota:

La información que se consigna en este formato de descuento es de exclusiva responsabilidad de esta Cooperativa.