



COOPERATIVA MULTIACTIVA MBORAYHU LTDA.

Personería Jurídica N° 027 - Inscip. N° 822/03

"Para crecer en sociedad"

SOLICITUD DE INGRESO

Perpetuo Socorro esq. Juan de Ayolas
Tel.: (0336) 270 660 / 272 207 / 272 320
e-mail: coopmborayhu@hotmail.com
Pedro Juan Caballero - Paraguay

Recepcionado por:

DATOS PERSONALES

N° de Socio: _____

Nombre y Apellido

C.I.N°:

Dirección:

Tel. Part.:

Celular:

E-mail:

Ruc:

Departamento:

Ciudad:

Barrio:

Nacionalidad:

Fecha Nac.:

Lugar Nac.:

Grupo Sanguíneo:

Sexo:

MASCULINO

FEMENINO

Estado Civil:

SOLTERO

VIUDO

CASADO

DIVORCIADO

Motivo de acercamiento a la C.M.M.Ltda:

DATOS PROFESIONALES

Nivel de estudio:

Profesión:

1.

2.

Fecha de egreso:

1.

2.

Universidad:

1.

2.

Ejerce:

1. SI

NO

2. SI

NO

DATOS LABORALES

Empresa donde trabaja:

1.

2.

Departamento / Area:

1.

2.

Teléfono:

1.

2.

E-mail:

1.

2.

Dirección:

1.

2.

Ciudad / Barrio:

1.

2.

Cargo que Ocupa:

1.

2.

Tipo de trabajo:

1. Habitual

Ocasional

2. Habitual

Ocasional

VINCULOS - CONYUGUE	Sócio N°:		
Nombre y Apellido:			C.I.
Nacionalidad:	Fecha Nac.:	Lugar Nac.:	
Domicilio Laboral:			
Departamento:	Ciudad:	Barrio:	
Teléfono Laboral:	Celular:	e-mail:	
Profesión:	Ocupación:		

VINCULOS - HIJOS	Nº. de hijos:
-------------------------	---------------

Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.
Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/> Edad <input type="text"/> C.I.

DATOS SOCIO ECONÓMICOS	Sus hijos están en edad escolar:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En qué Institución Educativa:			
Datos de ubicación:	Vive en casa:	Propia <input type="checkbox"/>	Alquilada <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Antigüedad:		
Cuenta con seguro médico privado:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la entidad:				
Qué tipo de Plan tiene:	Familiar <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Tipo de cobertura:	Alta Comp. <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>



COOPERATIVA MULTIACTIVA MBORAYHU LTDA.

Personería Jurídica N° 027 - Inscip. N° 822/03
"Para crecer en sociedad"

Perpetuo Socorro esq. Juan de Ayolas
Tel.: (0336) 270 660 / 272 207 / 272 320
e-mail: coopmborayhu@hotmail.com
Pedro Juan Caballero - Paraguay

UBICACIÓN DEL DOMICILIO DEL SOCIO

Ciudad: _____

Barrio: _____

Colonia: _____

GERENCIA DE AHORROS Y SERVICIOS COOPERATIVOS

Tipo de Sócio:

Profesional

Estudiante

Conyugal

Funcionario

Aprobado:

SI

NO

Fecha: ____/____/____

Observaciones:

Firma

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Aprobado:

SI

NO

En sesión de fecha: ____/____/____

Acta N°:

Secretario Consejo Administración

Presidente Consejo de Administración

Opera con alguna entidad financiera:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Con que productos:	Crédito <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------	----------------------------------	---	---------------------------------

Podría determinar los motivos:	Agilidad <input type="checkbox"/>	Facilidad <input type="checkbox"/>	Comodidad <input type="checkbox"/>	Rapidez <input type="checkbox"/>	Calidad de Atención <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------

ACTIVIDADES DE RECREACIÓN

Tiene algún hobby	Deporte <input type="checkbox"/>	Pesca <input type="checkbox"/>	Lectura <input type="checkbox"/>	Cine <input type="checkbox"/>	Teatro <input type="checkbox"/>	Musica <input type="checkbox"/>
-------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

A que tipo de actividades que organice la cooperativa asistiría:
--

BENEFICIARIOS DEL APOORTE Y/O AHORRO EN CASO DE MUERTE

Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Nº Cédula:	Nº Sócio:	Relación con el solicitante:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Nº Cédula:	Nº Sócio:	Relación con el solicitante:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Nº Cédula:	Nº Sócio:	Relación con el solicitante:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Nº Cédula:	Nº Sócio:	Relación con el solicitante:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Nº Cédula:	Nº Sócio:	Relación con el solicitante:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Nº Cédula:	Nº Sócio:	Relación con el solicitante:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Nº Cédula:	Nº Sócio:	Relación con el solicitante:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Nº Cédula:	Nº Sócio:	Relación con el solicitante:	
Dirección:		Teléfono:	

Los menores de edad no podrán recibir el beneficio, sino a través de su representante legal (padre, madre o tutor legal designado por el Juez). Con carácter de declaración jurada expreso que los datos consignados precedentemente son verídicos, y podrán ser verificados por la COOPERATIVA MULTIACTIVA MBORAYHU Ltda., si así lo desea. Además, me comprometo a comunicar a la Cooperativa Multiactiva Mborayhu Ltda. Cualquier modificación que surgiere en los datos declarados, a fin de mantener la base de datos permanentemente actualizada.

Por la presente solicito mi admisión como socio de la Cooperativa Multiactiva Mborayhu Ltda., comprometiéndome a conocer y cumplir sus Estatutos, Reglamentos y reformas que se hagan a los mismos.

CUALQUIER CONSULTA SOBRE EL LLENADO DEL PRESENTE FORMULARIO, FAVOR COMUNICARSE A LOS TELÉFONOS (0336) 270660 / 272207 / 272320 TAMBIEN PUEDE ESCRIBIRNOS AL CORREO ELECTRONICO: e-mail: info@mborayhu.coop.py

Firma del Solicitante