



**Cooperativa de Ahorros, Créditos y Servicios Múltiples en Atención Primaria en Salud
(COOP-APS)**

SOLICITUD DE ADMISION

ASFL: _____

Fecha: _____
(Día/mes/año)

Por medio de la presente, Yo _____
Cédula de Identidad y Electoral No. _____, solicito **libre y voluntariamente** ser admitido como socio de **Cooperativa de Ahorros, Créditos y Servicios Múltiples en Atención Primaria en Salud (COOP-APS)**, bajo el entendido de que al ser admitido, **me comprometo** a cumplir con los ESTATUTOS, NORMATIVAS y RESOLUCIONES que emanen de la Asamblea General Ordinaria de Socios y de los Organismos Directivos. Estoy consciente de que el ahorro que realizo nunca será menor a RD\$ _____ mensual.

Por el presente documento, me comprometo aportar las cantidades siguientes:

- a) RD\$ _____ (_____), **solo una vez**, para pagar la cuota de admisión fijada por el Consejo de Administración, **la cual no es reembolsable**;
- b) RD\$ _____ (_____), para la adquisición de Certificado (s) de Aportación para ser depositado en mi cuenta de aportación. Esta suma equivale a _____ aportaciones, ya que cada aportación tiene un valor de RD\$ 100.00. Esta aportación me da el derecho de utilizar los servicios de la Cooperativa.
- c) RD\$ _____ (_____) para depositar en mi cuenta de ahorros mensualmente.

Por concepto del proceso de afiliación (cuota de afiliación + aportaciones + primera cuota de ahorro), el monto total de mi primer depósito a LA COOPERATIVA es de RD\$ _____, (_____) y en las subsiguientes solo realizare el ahorro mensual de forma obligatoria, Igualmente, quiero señalar que estoy consciente de que los RD\$ _____ que autorizo de manera libre y voluntaria a depositar en mi cuenta de aportación son para formar el capital de COOP-APS, los cuales podrán ser retirados, únicamente al momento de retirarme definitivamente de la Cooperativa. Estoy consciente de que tengo la obligación de pagar por lo menos un certificado y la libertad de comprar un número ilimitado de aportaciones.

Firma del solicitante



**COOPERATIVA DE AHORROS, PRÉSTAMOS Y SERVICIOS
MÚLTIPLES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
(COOP-APS)**

DATOS GENERALES

I. Datos Personales

Código # _____

- 1.- Nombres y Apellidos _____
- 2.- Cédula de Identidad y Electoral No. _____
- 3.- Dirección _____
_____ Ocupación _____
- 4.- Tel.: _____ Celular _____ Fax _____
- 5.- Lugar y Fecha de Nacimiento _____
- 6.- Estado Civil: _____ Soltero (a) _____ Casado (a) _____
- 7.- Número de hijos a su cargo: Hijos: _____ Hijas: _____
- 8.- Reside en una vivienda: Propia _____ Alquilada _____
- 9.- Correo Electrónico _____

II. Datos Laborales

- 1.- Nombre de la Institución para la cual trabaja _____

- 2.- Cargo _____
- 3.- Ubicación de la Oficina: Provincia o Municipio _____

- 4.- Tiempo en el cargo _____ Sueldo actual RD\$ _____

III.- Datos del Cónyuge

- 1.- Nombre y Apellidos: _____
- 2.- Fecha de Nacimiento: _____
- 3.- Profesión u Ocupación: _____
- 4.- Ingresos mensuales aproximados RD\$: _____

IV. Declaración:

Yo _____, deseo ser miembro de la Cooperativa de Ahorros, Créditos y Servicios Múltiples de Atención Primaria en Salud.

Firma del solicitante

Fecha