

# PRESENTACIÓN DE FAMILIARES PARA ASOCIACIÓN



Fecha

Mes	Día	Año

DATOS DEL ASOCIADO		
1er APELLIDO	2o APELLIDO	NOMBRES
IDENTIFICACIÓN		
<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> TI
Número de Identificación		Lugar de expedición

DATOS DEL SOLICITANTE		
1er APELLIDO	2o APELLIDO	NOMBRES
IDENTIFICACIÓN		
<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> TI
Número de Identificación		Lugar de expedición

PARENTESCO CON EL ASOCIADO	
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Nieto(a)
<input type="checkbox"/> Compañero(a) permanente	<input type="checkbox"/> Sobrino(a)
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Yerno (s)
<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Nuera (s)
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Cuñado(a) (Herman@s del Cónyuge y/o Cónyuge de los herman@s)
<input type="checkbox"/> Madrastra	
<input type="checkbox"/> Hijo(a)	
<input type="checkbox"/> Hijastro(a)	
<input type="checkbox"/> Hermano(a)	
<input type="checkbox"/> Suegro(a)	
<input type="checkbox"/> Abuelo(a)	
<input type="checkbox"/> Abuelo(a) del Conyuge o compañero permanente	

Autorizo débito automático a la cuenta de Ahorros / Corriente No. \_\_\_\_\_ del

Banco \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante (Familiar)

C.C. No. \_\_\_\_\_

Doy fe que los datos suministrados son verdaderos y autorizo a COOPCAFAM para que realice la validación correspondiente.

En caso de falsedad en la información suministrada se aplicará el proceso de exclusión contemplado en el Estatuto.

Declaro que mi familiar y yo sabemos que para acceder a un crédito, el solicitante debe demostrar suficiente capacidad de pago y cumplir con los demás requisitos contemplados en la reglamentación de crédito vigente de la Cooperativa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado

C.C. No. \_\_\_\_\_