



Cooperativa Nacional de Ahorro, Crédito y Servicios Múltiples
del Instituto de Previsión y Protección Social de los Médicos (IPPS)
del Colegio Médico Dominicano y sus Afines (COOP-CMD).-



Comité Gestor SOLICITUD DE AFILIACION

Fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____

Carnet del CMD: _____

Cedula de Ident. y Electoral: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Profesión: a-) Médico _____ b-) Otros (específicos): _____

Socio Titular: _____ Correo Electrónico (email): _____

Dirección: _____

Sector: _____ Ciudad: _____

Lugar de Trabajo: _____

Cargo: _____ Sueldo: _____

Ingreso total por mes: _____ Teléfono Res.: () _____

Teléfonos Trab. (): _____ Celular: (): _____

Expreso que los datos anteriores son verídicos y solicito mi ingreso como socio (a) de esta Cooperativa, comprometiéndome a pagar una cuota de admisión de quinientos pesos (RDS\$500.00) no reembolsable y primer aporte de mil pesos (RDS\$1,000.00) además de cumplir con la Ley 127, el Estatuto, Reglamentos, así como con las Disposiciones emanadas de los órganos de dirección de **COOP-CMD**. En ese sentido autorizo a la Cooperativa a descontarse a través de mi empleador el 5% de mi sueldo como mínimo, siendo el 3% para ahorro y el 2% para aportación mensualmente.-

DESCUENTO PARA AHORRO Y APORTACIONES: CAJA _____

NOMINA (ESPECIFIQUE) _____

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

A QUIEN AUTORIZA EN CASO DE SU AUSENCIA (FALLECIMIENTO)

Firma del Solicitante

Tesorero

Para Uso Interno

Conocida y aprobada en reunión del Comité Gestor realizada el día _____ del mes _____ del año _____

Presidente

Secretaria