



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

Ministerio de Relaciones Exteriores



SOLICITUD INGRESO DE SOCIO

Santo Domingo, Distrito Nacional

Día	Mes	Año

Señores:

Consejo de Administración

Cooperativa de Ahorros, Crédito y Servicios Múltiples del Personal del
Ministerio de Relaciones Exteriores (COOPMIREX).

Quien suscribe:

Nombres y apellidos:	Cedula de Identidad Núm.:	-	-
Dirección			
Tel. Residencia:	Tel. Celular:	E-mail:	

En mi condición de empleado de una institución afiliada a la Cooperativa de Ahorros, Créditos y Servicios Múltiples del Personal del Ministerio de Relaciones Exteriores (COOPMIREX), me dirijo a ese honorable Consejo para solicitar formalmente mi ingreso como socio. Para tales fines, me comprometo a pagar la suma de RD\$200.00 por concepto de inscripción (monto no reembolsable), RD\$250.00 en calidad de aportación y RD\$250.00 destinados a ahorros.

PAGO DE INSCRIPCION:	AUTOMATICO	EN EFECTIVO
----------------------	------------	-------------

DATOS DE NOMINA:

Nomina a la que pertenece: MIREX SEDE ☐ DGP ☐ INESDYC ☐

CARGO	SUELDO: RD\$ ☐ US\$ ☐
AREA	(Dirección / Departamento / División / Embajada / Consulado / Misión)

Esta incorporado en Carrera: SI ☐ NO ☐

Especifique: Administrativa ☐ Diplomática ☐

SOBRE EL AHORRO Y DEVOLUCIÓN:

El ahorro mínimo autorizado a descontar es un tres por ciento **(3%) del sueldo** neto percibido por el empleado, del cual cincuenta por ciento (50%) será aportaciones y cincuenta por ciento (50%) para ahorros retirables. El empleado puede autorizar un descuento mensual mayor al 3%, el cual registrará a continuación:

AHORRO MAYOR AL 3% INDIQUE MONTO:

IMPORTANTE: Acorde a los Estatutos Constitutivos de nuestra COOPMIREX, los aportes y ahorros son devueltos en un 100% en caso de decidir desvincularse como socio, siempre y cuando no es presenten balances pendientes con la cooperativa ver art. 12, art. 13, art. 15 de los estatutos sociales y art. 13 del Reglamento para la aplicación de la ley 127/64 sobre asociaciones cooperativas.

EN EL CASO DE FALLECIMIENTO: Autorizo mediante el presente documento que mis ahorros relacionados a la COOPMIREX deben ser entregados a:

Cel.: _____, Parentesco: _____, cédula: _____

Dirección: _____

ACUERDO DE PAGO: Yo, _____, identificado con los datos generales descritos al inicio de este formulario, autorizo de manera expresa a la Cooperativa de Ahorros, Créditos y Servicios Múltiples (COOPMIREX) a descontar de mis prestaciones laborales cualquier saldo pendiente de pago que tuviera con la cooperativa, en caso de que sea desvinculado de la institución donde laboro, hasta la fecha de dicha desvinculación.

FIRMA AUTORIZADA