



Sociedad Microbuses de El salvador

SOLICITUD DE ADMISIÓN

N° _____

Soc. Microbuses de El salvador

"Lograrás lo que te propongas"

DIRECCION: 2a Av. Norte Calle Alberto Masferrer, 1a Calle Oriente #2-3, Sonsonate.

Sonsonate, Sonsonate.

TELEFAX: (503) 7560-5510

NIT:0315-210923-101-6 NRC: 33067-0

FECHA : _____

Señores:

JUNTA DIRECTIVA DE SOCIEDAD DE MICROBUSES DE EL SALVADOR

SOCIEDAD MICROBUSES DE EL SALVADOR

Presente:

Por este medio solicito se me admita como Socio de SOCIEDAD DE MICROBUSES DE EL SALVADOR y manifiesto que me obligo al fiel cumplimiento de las Leyes de la República que rigen las SOCIEDADES MERCANTILES; así como sus estatutos y reglamentos internos de la misma y las enmiendas que a futuro se les hicieran y todas aquellas disposiciones Legales y administrativas de interés para la SOCIEDAD DE MICROBUSES DE EL SALVADOR

GENERALES

APELLIDOS	NOMBRES	ESTADO CIVIL

DUI	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

NIT	EDAD	LUGAR Y RESIDENCIA (DIRECCION EXACTA)

CORREO ELECTRONICO/TELEFONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA/CARGO DESEMPEÑADO	LUGAR DE TRABAJO

DIRECCION DE TRABAJO	CORREO ELECTRONICO/TELEFONO	TIEMPO DE TRABAJO

NOMBRE DEL CONYUGE	LUGAR DE TRABAJO DEL CONYUGE

INGRESOS DEL SOLICITANTE	
SUELDO O GARANTIA NETA DEL NEGOCIO:	OTROS:

NUMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE USTED	
TOTAL:	PARCIAL:

En caso de fallecimiento para efectos del reclamo del seguro sobre protección de Ahorro, Depósitos y Préstamos, designo beneficiarios a :

	Nombre	Parentesco	Edad	%	Dirección
1					
2					
3					
4					
5					

1 ¿ Goza usted de buena salud actualmente ? SI NO

2 ¿Tiene usted que someterse a una operación quirúrgica o cualquier tratamiento que requiera hospitalización en futuro cercano? SI NO

3 Nombre de los médicos consultados en los últimos cinco años

Convento que las respuestas forman parte de mi solicitud. Expresamente renuncio a los derechos que yo ó cualquier persona que pueda tener interés en cualquier póliza emitida en virtud de estos, sobre las provisiones de la ley que prohíban a cualquier médico ó oficial ó empleado de hospital, ó otra persona en el pasado me halla atendido ó quien de aquí en adelante pudiera atenderme ó examinarme, ó a quien hé consultado ó pudiera haber consultado a revelar cualquier información sobre mi estado de salud y dar testimonio sobre la misma y expresamente autorizo a dichas personas a revelar esta información.

F _____
FIRMA ASPIRANTE

Espacio Reservado: SOCIEDAD DE MICROBUSES DE EL SALVADOR

Aprobado: _____

Denegado _____

Observaciones: _____

F _____
Firma