AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Lima, ... de ..... del 2014

Señores:

Cooperativa de Ahorro y Crédito La Fabril

De mi consideración:

Yo……..…….. identificado con D.N.I. Nº ……., por la presente solicito y autorizo expresamente a Álicorp S.A.A. para que me descuente de mi haber mensual así como de las sumas provenientes de otros derechos o beneficios sociales otorgados a mi favor los préstamos, promociones, y/o pagos que a partir de la fecha pueda realizar en la Cooperativa de Ahorro y Crédito La Fabril.

Para este propósito autorizo que los descuentos se efectúen en el modo y la forma que la empresa determine.

A fin de garantizar el pago total afecto expresamente en garantía mi CTS y sus intereses hasta por el monto ascendente a la suma adeudada, y solicito y autorizo en forma irrevocable a Álicorp S.A.A. para que retenga y/o descuente de mi Compensación por Tiempo de Servicios devengada y/o depositada en la empresa o en la entidad financiera que fuere del caso, cualquier saldo que estuviere adeudando en caso de extinción del vinculo laboral, hasta el límite del 50% del monto correspondiente de la CTS más los intereses acumulados; en aplicación de los Artículos pertinentes del D.Leg. Nº 650 modificado por el D.Leg. Nº 857.

Atentamente,

.....

Firma
Nº de Socio ……

Huella
Digital

COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO "LA FABRIL"

Jr. Camaná Nº 780 - Ofc. 412 - Lima Teléfono 428-0743 Celular: 998884452
RPM: #998884452 email: cofabril@hotmail.com.pe

Constituida el 11/10/1962
Reconocida por R.S. 110 (20.03.63)
Constancia Nº 610 de Adecuación
Estatutaria expedida 27.03.85 - INCOOP

Inscrita en Registros Públicos
Partida Electrónica
Nº 11017426

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO

APELLIDO PATERNO .....

APELLIDO MATERNO .....

NOMBRES .....

FECHA DE NACIMIENTO ...../...../..... ESTADO CIVIL .....

NACIONALIDAD ..... D. N. I. .....

R. U. C. ..... L. MILITAR .....

DOMICILIO LEGAL .....

PROVINCIA ..... DISTRITO .....

CELULAR ..... TELF. (CASA) .....

CENTRO DE TRABAJO ..... DPTO./ PLANTA .....

DIRECCIÓN DEL TRABAJO .....

Nº REG. TRABAJADOR ..... FECHA ING.TRAB. .....

TELEFONO DE LA EMPRESA ..... ANEXO .....

E_MAIL .....

MARCA CON UNA (X) LA CLASE DE TRABAJADOR: ( ) EMPLEADO ( ) OBRERO

APORTE MENSUAL S/. .....

DATOS DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	D.N.I.	%
1					
2					
3					
4					
5					
6					

....
FECHA Nº SOCIO FIRMA DEL SOCIO