



**COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO “LA REYNA Y STIBYS” LIMITADA
SOLICITUD DE APERTURA DE AHORRO DE MENORES**

Datos Personales Del Tutor Afiliado:

Cuenta N°.	_____	Identidad N°.	_____
Primer Nombre:	_____	Segundo Nombre:	_____
Primer Apellido:	_____	Segundo Apellido:	_____
Fecha de nacimiento:	_____	Lugar de nacimiento:	_____
Dirección:	_____		
Nacionalidad:	_____	Teléfono N°	_____
Genero:	_____		
Profesión u Oficio:	_____		

Datos Del Hijo(a) (Beneficiario):

Primer Nombre:	_____	Segundo Nombre:	_____
Primer Apellido:	_____	Segundo Apellido:	_____
Fecha de nacimiento:	_____	Lugar de nacimiento:	_____
Nacionalidad:	_____	Identidad N°.	_____

Por la presente, solicito la apertura a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Empleados “La Reyna y STIBYS” Ltda. De la cuenta de ahorro de menores por un monto de L_____ Quincenales, y acatar las disposiciones de los Estatutos, resoluciones de la Asamblea General de la Cooperativa y de la Junta Directiva.

En caso de fallecimiento de mi persona, designo como tutor del menor y la cantidad ahorrada a:

Identidad N°.	_____		
Primer Nombre:	_____	Segundo Nombre:	_____
Primer Apellido:	_____	Segundo Apellido:	_____

Comayagüela, M.D.C. _____ De _____ Del 20 _____

FIRMA DEL SOLICITANTE