

	SOLICITUD DE AFILIACIÓN		Código: A-USA-F01	
	UNIDAD SERVICIO AL ASOCIADO		Consecutivo: 1 de 1	Edición: 01

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Cédula #	Fecha de nacimiento
Estado civil	Sexo	Dirección del domicilio		
E-mail trabajo	Cuenta de Depósitos de Planilla		Fecha de ingreso al BCR	
E-mail personal				
Puesto que desempeña	Es empleado fijo del BCR		Si es transitorio, fecha de vencimiento del contrato	
	SI	NO		
Número de empleado	Oficina donde labora	Teléfono de oficina	Extensión	
Teléfono domicilio	Teléfono celular			
Nombre de la profesión o estado académico	Nombre de la Unidad Ejecutora del BCR	Unidad Ejecutora #		

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

A continuación, designo a los beneficiarios de mis derechos en ASOBANCOSTA, quienes podrán hacer uso de ellos en caso de fallecimiento del suscrito.

Nombre y apellidos del beneficiario	Número de cédula del beneficiario	Parentesco con el asociado	Teléfono(s)

Importante: Por motivo de facilidad de la liquidación de los recursos ante la presencia de un deceso, no se recomienda se incluyan menores de edad como beneficiarios por las diferentes circunstancias que se puedan presentar al momento de girar los dineros.

Solicito a la Junta Directiva de ASOBANCOSTA se sirva admitirme como afiliado, para lo cual me comprometo a cubrir el ahorro mensual que establecen los estatutos y acepto las demás condiciones y reglamentaciones que rigen a esa organización.

Autorizo al Banco de Costa Rica para que deduzca de mi salario semanal el 5% y lo gire a la Asociación Solidarista de Empleados del Banco de Costa Rica y Afines como parte de mi ahorro ordinario personal.

Adjuntar copia de la cédula.

Fecha	Firma del solicitante	CONOCIDA POR LA JUNTA DIRECTIVA	
		Reunión #	Fecha