

Datos del Asociado

Cédula: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Fememino
 Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre
 Cuenta Bancaria (Cuenta Cliente): _____
 Profesión: _____ Fecha de Ingreso a la institución: ____ / ____ / ____ Salario: _____
 Dependencia de trabajo HACIENDA: _____
 Nombrado en: Propiedad Interino. Desde: _____ Tel Trabajo: _____ Ext.: _____
 Celular: _____ Tel Habitación: _____ E-mail: _____
 Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
 Dirección por señas: _____

Señores Junta Directiva, por este medio, solicito a La Asociación Solidarista Ministerio de Hacienda (ASOHACIENDA), se me acepte como miembro de esta organización. Prometo acatar y respetar su estatuto, reglamentos y demás disposiciones que emanen de su Asamblea General o Junta Directiva. Además, autorizo a ASOHACIENDA para que deduzca de mi salario mensual el porcentaje de _____% por concepto de aporte obrero. Estoy de acuerdo que, en caso de fallecimiento se proceda con lo que establece el Art. 21 de la Ley de Asociaciones Solidaristas 6970 y al Art. 85 del Código de Trabajo.

Por este medio autorizo en forma expresa, precisa e inequívoca a ASOHACIENDA y a sus unidades estratégicas para que independientemente de la condición que ostente, ya sea como asociado(a), deudor(a), codeudor(a) y/o fiador(a) de dichas entidades; consigne mis datos personales en sus bases de datos de carácter personal, con la finalidad de que me envíen, en la medida de lo posible, información de sus productos o servicios, ya sea a través de correo electrónico, por vía telefónica o por mensajes de texto, y únicamente a través del personal autorizado para estos efectos. Como asociado(a), deudor(a), codeudor(a) y/o fiador(a) me comprometo a informar a ASOHACIENDA o a sus unidades estratégicas, cualquier cambio que sufra la información brindada, en aras del principio de calidad de la información; que implica la necesidad de que la misma sea recolectada, almacenada o empleada; sea veraz, actual y exacta.

Acepto que las respuestas a las preguntas que se me formulen durante eventuales recolecciones de datos o durante las adquisiciones de los productos y/o servicios, que ofrezca ASOHACIENDA o sus unidades estratégicas, son meramente facultativas para el/la asociado(a), deudor(a), codeudor(a) y/o fiador(a) y que mis datos personales serán de uso exclusivo de las primeras.

Nota: El/la asociado(a), deudor(a), codeudor(a) y/o fiador(a) podrá solicitar a ASOHACIENDA y a sus unidades estratégicas, que suspenda los envíos de información de sus productos y/o servicios, lo cual no generará ningún costo para el/la asociado(a), deudor(a), codeudor(a) y/o fiador(a) que decida ejercer ese derecho. La solicitud de dicha anulación se hará por escrito, vía correo electrónico o por fax debidamente firmada por el interesado(a).

Beneficiarios

Por este medio autorizo que en caso de mi fallecimiento, los fondos administrados por ASOHACIENDA (aporte obrero, excedentes capitalizado, ahorros extraordinarios y póliza de vida) sean entregados a las siguientes personas y en caso de fallecimiento de alguno de mis beneficiarios autorizados, que el total sea entregado a los otros beneficiarios.

Nº	Nombre completo	Cédula	Parentesco	Fecha de nacimiento	% a entregar
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

*Los porcentajes deben sumar un 100%, en caso de diferencias estas se distribuirán de forma equitativa entre cada beneficiario. En caso de un beneficiario menor de edad, dejo como albacea para los fondos administrados únicamente y exclusivamente por la ASOHACIENDA a:

Nombre: _____ Cédula: _____ Tel: _____

Firma del Asociado

 Firma del asociado

 Firma y sello del que asocia

Comprobante de afiliación

Asociación Solidarista del Ministerio de Hacienda



Sr: _____

Cédula: _____

Estimado asociado sino le son aplicadas las debidas deducciones comuníquese con nosotros.

 Recibido por firma y sello