


**COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES EDIOACC, R.L.
NUEVO INGRESO/AHORRISTA/TERCERO/CLIENTE**

Código Asociado:	Código Cliente:
-------------------------	------------------------

Datos Básicos

Cédula o Pasaporte:	Nacionalidad:	Tiempo de vivir en Panamá:
Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:

Otra Nacionalidad:	Número de Pasaporte:
---------------------------	-----------------------------

¿Es usted?

Primer Ingreso: <input type="checkbox"/> Re-Ingreso: <input type="checkbox"/> Ahorrista: <input type="checkbox"/>	¿Pertenece usted a otra cooperativa? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Si es re-ingreso indicar motivo de renuncia:	¿Acepta el artículo 10, del reglamento de participación de actividades? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>*Todo participante que retire su boleto y no asista debe cubrir el gasto en que incurrió la cooperativa por persona.</i>
Nombre de quien lo refirió:	Tiene un parentesco o familiar que está afiliado en la cooperativa, su nombre:

Complementarios

Profesión u Oficio:	Nivel Educativo:	Ingreso Personal Mensual:
Estado Civil:	Nombre de Cónyuge:	Número de Dependientes:
Otros Ingresos:	Origen de otros ingresos:	Ingreso Familiar Mensual:

Direcciones físicas y virtuales

Dirección Residencial:	Provincia:	Distrito
-------------------------------	-------------------	-----------------

Correo Electrónico:	Apartado Postal:
----------------------------	-------------------------

Teléfono Residencia:	Celular:	Oficina:
-----------------------------	-----------------	-----------------

Lugar de Trabajo:	Dirección de Trabajo:	Provincia:	Distrito:
--------------------------	------------------------------	-------------------	------------------

Hijos

Nombre:	Apellido:	Sexo		Fecha de nacimiento:
		Masculino	Femenino	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REFERENCIAS PERSONALES (UNO DEBE SER UN FAMILIAR)

Nombre	Lugar de Trabajo	Teléfono/Celular

REFERENCIAS BANCARIAS

Entidad Financiera	Tipo de Cuenta	Obligaciones (Saldo)

PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

¿Ha ocupado usted un cargo público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique:
---	--------------

¿Algún familiar o socio de negocio suyo ha ocupado algún cargo público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre y Relación

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE CRÉDITO (APC)

Por este medio, Yo: _____, con cédula de identidad personal número _____, autorizo expresamente a EDIOACC, R.L. para que, de conformidad con lo expresado en el artículo 24 y demás disposiciones aplicables de la Ley 24 de 22 de mayo 2002, actualizada da mediante Ley 14 de 18 de mayo de 2006, consulte, suministre o intercambien cualquier datos sobre mi historial de crédito y relaciones de crédito con mis acreedores, a cualquiera agencia de información de datos, bancos o agentes económicos de la localidad o del exterior.

EDIOACC, R.L. MANTENDRÁ A DISPOSICIÓN DEL CLIENTE Y HARÁ ENTREGA A SU REQUERIMIENTO DE TODA LA INFORMACION QUE RECIBA, MANTENGA O MANEJE CON BASE EN LA AUTORIZACION EXPRESA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO; HACIENDO DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE LAS FECHAS EN QUE ACTUALIZA SU INFORMACIÓN CREDITICIA, ASÍ COMO CUANDO HATA EMITIDO OPINIÓN O REFERENCIA CREDITICIA DEL CLIENTE A TERCEROS.

La información aquí suministrada es verdadera y autorizo a EDIOACC, R.L acceder a cualquier medio disponible de actualizar y/o validar datos de mi identidad personal a través de consulta y/o impresión de los mismos.

Firma: _____ Fecha: _____.

DECLARACION DE ORIGEN DE LOS FONDOS/AUTORIZACION PARA CONSULTAS Y REPORTES A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Actuando en nombre propio, declaro bajo gravedad de juramento a favor de Cooperativa de Servicios Múltiples EDIOACC, R.L. lo siguiente:

1. Los dineros, fondos o valores que estoy entregando a la Cooperativa provienen de:

_____ y son producto de actividades lícitas y permitidas por la ley y de esta manera lo he hecho saber actividades lícitas y permitidas por la ley y de esta forma lo he hecho saber

2. Actualmente desarrollo las siguientes actividades comerciales o profesionales: _____

3. El país de origen de los recursos es: _____

4. Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información y a comunicar de manera inmediata en caso de que desarrolle cualquier otra actividad que conlleve ingresos adicionales y que sean remitidos a la Cooperativa.

5. Declaro que toda información proporcionada en la presente solicitud es correcta y verdadera.

6. Autorizó a la Cooperativa para que solicite, reporte y suministre mí historial de crédito a la Asociación Panameña de Crédito

7. Autorizó a la Cooperativa para que confirme la veracidad de la información dada en la solicitud a través de los medios que considere conveniente.

8. Acepto de haber incurrido en alguna inexactitud, reticencia en la presente declaración o en cualquier otra declaración, entrevista sostenida o documento suscrito con la Cooperativa será causal suficiente para dar por terminado unilateralmente la relación con la Cooperativa.

Como constancia, acepto y suscribo el presente formulario en todas sus partes en la Ciudad de _____ de los _____ días del mes de _____ de _____.

PARA USO OFICIAL

Verificación de los documentos y confirmación detallada en este formulario:

Lugar de Atención:	Sucursal:
Atendido por:	Fecha:
Autorizado por:	Fecha: