



ASOREN

Asociación Solidarista
Empleados Registro Nacional

Tels.: 2234-0033 / 2202-0800 Ext: 724 • Fax: 2283-3437

Web: www.asoren.co.cr • Mail: servicioalcliente@asoren.co.cr

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

NUEVO REINGRESO

REQUISITOS: • Fotocopia de la cédula
• Constancia salarial

FOTO

Señores:

Junta Directiva **ASOREN**

Datos Personales

Yo: _____ N°. Cédula: _____

Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tel. Habitación: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Trabajo: _____ Ext: _____

Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección Exacta: _____

Profesión: _____ Tiempo de Servicio: _____ Sistema de pago: _____

Lugar de Trabajo: _____ Cargo que ocupa: _____ Departamento: _____

Salario Mensual Bruto: _____ Condición Laboral: Propiedad Interino Contrato

Manifiesto conocer los estatutos y reglamentos internos de la Asociación Solidarista de Empleados del Registro Nacional (ASOREN), por lo que, solicito se me apruebe el ingreso a ésta, de ser aceptada, autorizo a ASOREN OTM-PRESUPUESTO JUNTA-DECRETO, retener de mi salario el 5% mensual, por cuota de ahorro personal, deducciones por concepto de pólizas, cuota de fondo de mutualidad, préstamos y cuentas adquiridas por medio de la Asociación y que pasen a disposición de la entidad en cuestión, para su respectiva custodia y administración.

Beneficiarios

Designo como beneficiarios en caso de fallecimiento y por los porcentajes expresados de mis AHORROS PERSONALES y VOLUNTARIOS, APORTE PATRONAL y cualquier DIVIDENDO habido a mi favor en la Asociación a:

Nombre y Apellidos	N°. Cédula	Parentesco	Porcentaje

Suscripción al Fondo de Mutualidad

Designo como beneficiarios amparados por el fondo de mutualidad a las siguientes personas

Parentesco	Nombre	N°. Cédula
Madre		
Padre		
Cónyuge		
Hijos		

En fe de lo anterior firmo en: _____ a los _____ días, del mes de _____ del 20 _____

Nombre: _____ Firma: _____ N°. Céd.: _____

Uso Exclusivo de Asoren

La presente solicitud es vista en Sesión N°.: _____ Fecha: _____

por lo que, la misma fue Aprobada Rechazada Pendiente

SELLO

Firma Presidente:

Firma Secretario: