



**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, APOORTE 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

Firma Presidente:

Firma Secretario:

**SELLO**