



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

1. DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
CEDULA DE IDENTIDAD	ESTADO CIVIL	DIRECCIÓN DE DOMICILIO
TELÉFONO FIJO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL
PROFESIÓN	CARGO QUE DESEMPEÑA	FECHA DE INGRESO
SUCURSAL - AGENCIA	WIN DE REFERENCIA	CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL

2. DATOS CONYUGUE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
CEDULA DE IDENTIDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN

3. OTROS DATOS

En caso de fallecimiento faculto a Sr(a). _____ como beneficiario de mi certificado de aportación en la Cooperativa, con Nro. teléfono: _____

En mi condición de empleado(a) de planta de BANCO PRODEM S.A. solicito mi afiliación a la Cooperativa de Crédito de Vínculo Laboral La Confianza R.L. Asimismo asumo los derechos y obligaciones en su totalidad aun cuando me encuentre fuera de su radio de acción.

Lugar y fecha: _____

FIRMA

Apellidos y Nombres Completos: _____
C.I. _____

Toda la documentación requerida puede ser enviada en primera instancia, en forma escaneada, a los siguientes correos: asesorcooperativa@prodem.bo - cooperativa@prodem.bo

Y de forma física a la brevedad posible, a las oficinas de la Cooperativa a la siguiente dirección:

SEÑORES:	BANCO PRODEM S.A.
DIRECCION:	Av. 20 de Octubre N° 2565 esquina calle Lisímaco Gutiérrez, zona Sopocachi LA PAZ (ANEXO 2 OFICINA NACIONAL)
TELEFONO CELULAR:	71228901-71542509
ATENCION:	COOPERATIVA LA CONFIANZA R.L.

DATOS DEL REMITENTE: