



EJIDO N° 1407 – TELEFAX 902 30 15
CP.11100 MONTEVIDEO - URUGUAY

N°:

_____ fecha

Sr. Presidente:

Solicito afiliarme a esa Cooperativa integrando en partes sociales la cantidad de \$(pesos uruguayos) mensuales.

Revista en:

Grado: N° de Cobro:

Nombres:

Apellidos:

C.I. Nacional:

Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento:

Sexo: Estado Civil: C.I. Cónyuge:

Calle: N°: Apto:

Departamento: Localidad:

Teléfono: E- Mail:..... Código Postal:

Declaro conocer que la Cooperativa se encuentra en concordato así como la imposibilidad de desafiarme mientras persista dicho estado.

Declaro conocer el Estatuto de CAOFA .

Firma:

Autoriza por C.A.O.FA.:

.....

MONTEVIDEO 11100