



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Lugar y Fecha.....de.....de

Señor
Presidente de COMAG
Presente.

1-Nro de Cobro:

2-Tesorería:

Quien suscribe solicita su afiliación a esa Cooperativa declarando conocer y aceptar los Estatutos y Reglamentos. Autoriza a Cooperativa Magisterial de Consumo para hacer retener de sus haberes, ante las personas de derecho público o privado pertinentes, las sumas que correspondan para el pago de sus deudas con COMAG, por todo concepto. (Leyes 12.222, 15449, 15890,19287 y 19210)

3-Apellidos y Nombres

4-Dirección

5-Localidad

6-Departamento

7- Ced.Ident.

8-Telef

/

9-C.P

12 – Cuota Social	Marque la opción elegida	\$ 249.-	
	Estudiantil	\$ 305.-	
	Clásica	\$ 434.-	

10-Fecha Nac.

11 - Mail

13 - Servicio de acompañantes	Si	+ \$ 69.-	
	No		

Crédito:

Declaro bajo juramento que a la fecha no soy socio de ninguna Cooperativa de Consumo, y que no me afiliaré a futuro a ninguna sin que previamente sea aceptada mi desafiliación de COMAG. Asimismo declaro estar en conocimiento del régimen de topes de crédito para socio nuevo, socio con Clearing o Socio sin garantía.

Autorizo expresamente a Cooperativa Magisterial de Consumo a efectuar las retenciones que correspondan en mis haberes por concepto de sueldo anual complementario.

Estoy en conocimiento de que NO podré solicitar la desafiliación hasta tanto no sea abonada la decimosegunda cuota social.

Saluda atte.

Firma Usual

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados para la presente afiliación son fidedignos.