



FDA-001

NO.0001

**COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES
COOPFENATRASAL –IDSS**

C/ 43, No: 6, Ens. La Fe, Santo Domingo, Rep. Dom.
Tels: 809-549-4562 Fax: 809-683-7078 Sin Cargos: 1-809-200-0173

Fecha:

FORMULARIO DE DEVOLUCION DE AHORROS POR CANCELACION

DATOS DEL SOCIO

NOMBRES Y APELLIDOS

NO. DE CEDULA

DIRECCION ACTUAL

TELEFONO.CASA

CELULAR

YO _____ PORTADOR DE LA CEDULA DE IDENTIDAD Y
ELECTORAL NO. _____ SOLICITO A COOPFENATRASAL LA DEVOLUCION DE MIS AHORROS
POR ESTAR DESVINCULADO DEL INSTITUTO DOMINICANO DE SEGUROS SOCIALES IDSS.

DOCUMENTOS A DEPOSITAR:

- COPIA DE CEDULA.
- COPIA DE CANCELACIÓN.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

DATOS DE USO INTERNO

NUMERO DE SOCIO (PC)

DEUDA ACTUAL

MONTO DEL AHORRO

***SI LA DEUDA DEL SOCIO ES MENOR O IGUAL A SUS AHORROS EJECUTAR SEGÚN LA RESOLUCION NO.375-21/12/2012, QUE APRUEBA QUE SE HAGA LA DEVULUCION DE LOS AHORROS SIEMPRE Y CUANDO ESTOS ESTEN POR ENCIMA DE LA DEUDA.**

OBSERVACIONES _____
