



CSMPR-JD-102

Aprobada/Febrero/08

P.O. Box 5264 Aguadilla P.R. 00605-5264 Tel. (787)-882-5705/(787)-975-5321 Fax. (787)-975-5338 E-mail: admin@servimedcoop.com

## SOLICITUD DE INGRESO

### Persona Natural

(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre) (Inicial)

Número de Licencia \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Descripción de Servicios \_\_\_\_\_

Lugar de Práctica \_\_\_\_\_

Teléfono y Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

¿Es usted accionista mayoritario de alguna aseguradora de servicios de salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí indique el nombre \_\_\_\_\_

¿Pertenece usted a alguna Junta o Comité de alguna organización con o sin fines de lucro u otra entidad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí indique cual(es) \_\_\_\_\_

Solicito admisión como socio de la Cooperativa de Servicios Médicos de Puerto Rico sujeto a las disposiciones de las Cláusulas, Reglamento de la Cooperativa y a las enmiendas de los mismos.

Número de acciones que suscribo \_\_\_\_\_ de \$ 1,000.00 cada una. (Mínimo 1 y Máximo 50)

Estoy interesado en que la Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico realice un análisis de mis necesidades de seguro comercial o privado libre de costo. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, declaro hoy \_\_\_\_\_ bajo apercibimiento de perjurio que he examinado la misma, los documentos y anejos que se acompañan y que, según mi mejor conocimiento, la información sometida es verdadera, correcta y completa.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del socio: \_\_\_\_\_

### PARA USO DE LA COOPERATIVA

Recomendado por socio: \_\_\_\_\_

En reunión celebrada por la Junta de Directores el \_\_\_\_\_

Aprobado \_\_\_\_\_ Denegamos Solicitud \_\_\_\_\_

Presidente \_\_\_\_\_ Secretario \_\_\_\_\_

Fecha del Primer pago \_\_\_\_\_