|  |
| --- |
| **FORMATO DE AFILIACIÓN PARA FELIGRESIA**MARQUE CON UNA X EL SERVICIO QUE DESEA **AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ RENOVACIÓN: \_\_\_\_ RETIRO: \_\_\_\_\_****FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **🕿 FUNERARIA SAN VICENTE TEL. (034)5755050 -3104256182** **DATOS DEL RECAUDADOR (034)5751800** |
| **NOMBRE** | **TIPO DOC.** | **N. CEDULA** | **TELÉFONO** | **CORREO** |
|  |  |  |  |  |
|   **DATOS DEL TITULAR Y PROTEGIDOS** |
| PARENTESCO CON EL TITULAR | **NOMBRE** | **TIPO DOC.** | **N. DOCUMENTO** | **FECHA NACIMIENTO.**  |
| TITULAR |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Si usted realiza el pago por medio de **consignación** recuerde adjuntar el soporte de pago. En un punto baloto, con el código de **convenio 959595 9729**, referencia el número de cédula del titular. Bancolombia cta de Ahorros 00769341358 **VALOR ANUAL DE LA PÓLIZA: $ 30.000 por persona.**

**Nota:** Si usted es Asociados de la cooperativa y desea hacer el pago por descuento de nómina, marque la casilla correspondiente con su firma y cédula..

**Autorizo único cobro por nómina o de los ahorros POLIZA ANUAL: $ 30.000**

****FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENTIDAD DONDE LABORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CÉDULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recuerde enviar este formato por correo. En el asunto del correo especificar el servicio que desea y el NOMBRE DEL TITULAR**.

**Correo electrónico: servicios@coomunion.com**