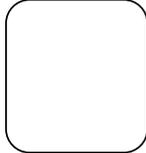


REEXPEDICIÓN DE TARJETA



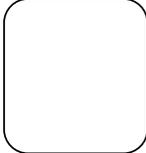
ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS - FORMATO REEXPEDICIÓN DE TARJETA. VERSIÓN 1.0 07/06/2019

CIUDAD:	FECHA DE LA SOLICITUD:	TIPO DE TARJETA: <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito Beneficiario <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito Beneficiario - Red Coopcentral	
JUSTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> Pérdida o hurto <input type="checkbox"/> Olvido de clave <input type="checkbox"/> Cambio de plástico <input type="checkbox"/> Otro: _____			
DATOS BÁSICOS DEL ASOCIADO			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA DE EXPEDICIÓN:
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	PAÍS DE RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO / ESTADO:
CIUDAD / MUNICIPIO:	BARRIO:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	
TELÉFONO RESIDENCIA:	CELULAR:	E-MAIL PERSONAL:	
TÉRMINOS Y CONDICIONES		FIRMA DEL SOLICITANTE	
<p>Acepto las condiciones estipuladas en los estatutos de Beneficiario Entidad Cooperativa, en el Reglamento y Condiciones de Uso de la Tarjeta Débito de Afinidad y en el Reglamento de Ahorro, cuyo contenido puede ser consultado en Zona Privada del Asociado, y demás normatividad de la Cooperativa vigente y aplicable a los productos adquiridos a través de este documento.</p>		<p>_____</p> <p>Firma del solicitante C.C.</p>	 <p>Huella Índice Derecho</p>

REEXPEDICIÓN DE TARJETA



ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS - FORMATO REEXPEDICIÓN DE TARJETA. VERSIÓN 1.0 07/06/2019

CIUDAD:	FECHA DE LA SOLICITUD:	TIPO DE TARJETA: <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito Beneficiario <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito Beneficiario - Red Coopcentral	
JUSTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> Pérdida o hurto <input type="checkbox"/> Olvido de clave <input type="checkbox"/> Cambio de plástico <input type="checkbox"/> Otro: _____			
DATOS BÁSICOS DEL ASOCIADO			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA DE EXPEDICIÓN:
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	PAÍS DE RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO / ESTADO:
CIUDAD / MUNICIPIO:	BARRIO:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	
TELÉFONO RESIDENCIA:	CELULAR:	E-MAIL PERSONAL:	
TÉRMINOS Y CONDICIONES		FIRMA DEL SOLICITANTE	
<p>Acepto las condiciones estipuladas en los estatutos de Beneficiario Entidad Cooperativa, en el Reglamento y Condiciones de Uso de la Tarjeta Débito de Afinidad y en el Reglamento de Ahorro, cuyo contenido puede ser consultado en Zona Privada del Asociado, y demás normatividad de la Cooperativa vigente y aplicable a los productos adquiridos a través de este documento.</p>		<p>_____</p> <p>Firma del solicitante C.C.</p>	 <p>Huella Índice Derecho</p>