

COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA SALUD DEL  
NORTE DE SANTANDER  
"COOSERVISALUD"

**FORMATO**

**SOLICITUD DE RETIRO**

<b>Nombre Asociado</b>			
<b>Cédula</b>		<b>Celular</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Fecha de Solicitud</b>	
<b>Correo Electrónico</b>		<b>Municipio</b>	
<b>Motivo de Retiro</b>			
<b>Necesidad Económica</b>		<b>Cambio de Proyecto</b>	
<b>Insatisfacción con Servicios</b>		<b>Otro</b>	
En caso de haber marcado <b>Otro</b> o <b>Insatisfacción</b> agradecemos ampliar su respuesta			
¿Presenta obligaciones financieras con la Cooperativa?	Si		No
¿Autoriza el cruce con los aportes que tiene a la fecha?	Si		No
¿Cómo desea que se pague el saldo de sus aportes?	Cheque		Transferencia
Si selecciono la opción de Transferencia Electrónica, favor suministrar la siguiente Información:	Nombre de Banco		
Tipo de Cuenta	Número de Cuenta		
En caso de haber marcado <b>Banco</b> obligatorio anexar certificación bancaria			
Firma Asociado			
Firma de quien recibe		Fecha Radicado	