

Ciudad

FECHA

Señores

**Consejo de Administracion
Cooperativa Coopemhos**

Ref. Retiro de la Cooperativa

Yo _____ mayor de edad con Numero
de Cedula _____ de _____

Expreso mi deseo de retirarme voluntariamente y solicitar la devolucion de los aportes realizados hasta la fecha la Coopeativa del Sector Salud Coopemhos por las siguientes causas :

- Motivos economicos Ya realice los planes que tenia con mis aportes
- Motivos Personales Inadecuado Servicio ó atencion otro ¿Cuál?
- Motivos de Salud No se cumplieron mis expectativas
- Traslado a otra ciudad ó pais

Como fue su cumplimiento como asociado de Coopemhos

Bueno Malo Regular Ninguno

Recibio capacitacion de los cursos programados por Coopemhos

Bueno Malo Regular Ninguno

El trato que recibio de las directivas y empleados fue

Bueno Malo Regular

Como califica la Cooperativa

Bueno Malo Regular

Durante su permancencia en la Cooperativa ¿presento ideas de mejora?

Si No

Use el siguiente espacio si desea especificar la causa de su retiro:

* En caso de solucionar la situación por la que se retira, ¿tiene intenciones de reafiliarse a la Cooperativa?

SI NO

¿Cuáles cree usted como asociado, que son los mayores problemas dificultades o amenazas de Coopemhos?

¿Cuáles cree usted como asociado, que son las mayores fortalezas y oportunidades de Coopemhos?

¿Cuál es su diagnostico de Coopemhos?

Recuerde que al retirarse de la Cooperativa y según nuestro Estatuto, puede presentar solicitud de afiliación después de 6 meses

También autorizo que el saldo de mis aportes sea entregado por medio de :

Cheque

Transferencia Bancaria

Entidad Financiera	Nombre del titular de la cuenta
Identificación titular de la cuenta	Cuenta

TIPO DE CUENTA AHO

CTE

Aprobación Consejo de Administración

dd mm año

ACTA No.

PRESIDENTE
CONSEJO DE ADMINISTRACION

SECRETARIO
CONSEJO DE ADMINISTRACION