



CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

SOLICITUD DE INGRESO (FAMILIARES)

SEÑOR PRESIDENTE DEL CIRCULO DE OFICIALES DE LA SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES. COSFUP.

S.P.

Yo....., identificado con
DNI N° domiciliado actualmente en

....., del distrito de: a Ud. Expongo:

Teléfono Fijo Celular

Que soy Del socio

Con DNI N° domiciliado en

del distrito de, y al amparo de los procedimientos referente de los familiares directos (Esposa e Hijos) que rigen el Estatuto del COSFUP sobre el Ingreso de socios nuevos, a este Centro de esparcimiento, solicito a Ud. Tenga a bien, se sirva presentar mi solicitud de Ingreso ante su Junta Directiva para que se autorice mi incorporación al COSFUP como Nuevo Socio(a) Adherente. Comprometiéndome a abonar todos los pagos requeridos y cumplir lo estipulado en el Estatuto, así como las Directivas que emanen de su Consejo Directivo.

POR LO EXPUESTO.

Solicito a Ud. Acceder a mi solicitud por considerarlo de justicia.

San Borja de del

Firma

Post firma

DNI

Adjunto:

- Copia ultima de liquidación de pago
- Copia de Carnet del Titular y DNI de ambos y (01) fotografía tamaño carnet



CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

COMPROMISO DE PAGO MENSUAL

Por el presente documento yo.....

En mi condición de **ASOCIADO ADHERENTE** del **CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES (COSFUP)**, me comprometo al pago de las **APORTACIONES MENSUALES**, ascendente a **CINCUENTA NUEVOS SOLES (S/.50.00)** que lo haré directamente por intermedio de la caja de Administración del COSFUP.

En señal de conformidad y compromiso formal de pago de aportaciones mensuales como asociado del **CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES (COSFUP)**, suscribo el presente.

NOMBRE COMPLETO :

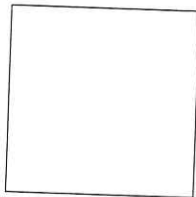
D.N.I. :

Domicilio :

.....

Teléfono..... Correo Electrónico.....

Huella digital



San Borja, de de 2025

.....

FIRMA

CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES (COSFUP)

REGISTRO DE ASOCIADOS

Nº _____

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO ADHERENTE:

NOMBRES:

APELLIDOS:

DNI Nº _____ CIP. Nº _____ CODOFIN _____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____

DOMICILIO REAL

..... TELEFONO

FECHA DE INGRESO A LA ASOCIACION

FECHA NACIMIENTO NATURAL

CORREO ELECTRONICO

DATOS FAMILIARES

CONYUGE U OTRO

DNI Nº _____ OCUPACION _____ OTROS _____

HIJOS:

..... F. NAC

..... F. NAC

..... F. NAC

..... F. NAC

PADRES:

.....

.....

AUTORIZACION DE DESCUENTO DE APORTACIONES:

Por el presente, me comprometo voluntariamente a cumplir con los pagos por las aportaciones mensuales, ordinarios y extraordinarios, que como asociado adherente del Círculo de Oficiales de Sanidad FF.PP. tengo la obligación de pagar:

DECLARO QUE EL CONTENIDO DE LA PRESENTE, ES LA VERDAD, ASUMIENDO MI RESPONSABILIDAD EN CASO DE FALSEDAD.

OBSERVACIONES:

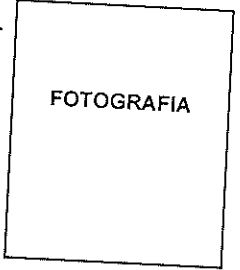
.....

.....

.....
PRESIDENTE
CONSEJO DIRECTIVO

.....
SECRETARIO
CONSEJO DIRECTIVO

.....
ASOCIADO





CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

CARTA DE PRESENTACION

Por el presente documento, YO,

En mi condición de ASOCIADO TITULAR HABIL del CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES (COSFUP), presento al Sr. Identificado con DNI N° quien es, del socio titular el mismo que está gestionando

SER INCLUIDO COMO ASOCIADO ADHERENTE DEL COSFUP.

En fe que conozco y recomiendo al citado adherente, suscribo la presente en señal de conformidad.

NOMBRE COMPLETO :

Grado Policial :

D.N.I :

Teléfono..... Correo Electrónico.....

San Borja, de de 2025

.....

FIRMA



CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

CARTA DE PRESENTACION

Por el presente documento, YO,

En mi condición de ASOCIADO TITULAR HABIL del **CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES (COSFUP)**, presento al Sr. Identificado con DNI N° quien es, del socio titular el mismo que está gestionando

SER INCLUIDO COMO ASOCIADO ADHERENTE DEL COSFUP.

En fe que conozco y recomiendo al citado adherente, suscribo la presente en señal de conformidad.

NOMBRE COMPLETO :

Grado Policial :

D.N.I :

Teléfono..... Correo Electrónico.....

San Borja, de de 2025

.....

FIRMA