	Cooperativa de Ahorro y Crédito Educadores de Honduras Limitada	
	SOLICITUD DE TRANSFERENCIA PROGRAMADA/GIRO BANCARIO	
Gerencia de Negocios	F-GN-08-I	Versión 03, 03 de Enero de 2023

Yo, _____, con número de identificación - - y número de afiliado me presento ante la Cooperativa de Ahorro y Crédito Educadores de Honduras Limitada (**COACEHL**), para autorizar débito de la cuenta de ahorro número - - - por la cantidad de L _____ y que se pueda realizar la siguiente transacción: Transferencia Programada Giro Bancario

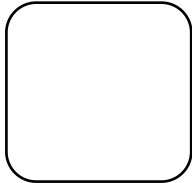
Banco: _____ N° de Cuenta _____

Cuenta Propia Cuenta de tercero Cheque

En el caso de transferencia Programada aplicar a :		
Productos de ahorro:		
Mi aportación <input type="checkbox"/>	Mi ahorro chikicoop <input type="checkbox"/>	Mi ahorro soñado <input type="checkbox"/>
Mi ahorro retirable <input type="checkbox"/>	Mi ahorro navideño <input type="checkbox"/>	Mi ahorro futuro <input type="checkbox"/>
Seguro Colectivo de Vida <input type="checkbox"/>		
Número de cuenta	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Productos de crédito:		
Pago de cuota <input type="checkbox"/>	Abono a capital <input type="checkbox"/>	Cancelación total <input type="checkbox"/>
Otros: _____.		
Número de préstamo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Vigencia de transferencia:		
Una única vez <input type="checkbox"/>	Todos los meses <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/> _____

* En caso de giro bancario autorizo cobrar la comisión que la cooperativa mantenga en tarifario vigente.

Firmo el presente documento en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____ 

Firma del afiliado (a) **Huella dactilar**

Cliente N° _____

Para uso exclusivo de la cooperativa	
Nombre del receptor: _____	Cargo: _____
Filial: _____	Firma y sello del receptor: _____