

 <p>ASEMINA ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL INA</p>	<p>SOLICITUD INGRESO DE AHORROS</p>	<p>Asociación Solidarista de Empleados del INA</p> <p>San José, La Uruca Teléfono 2291-3000 WhatsApp 8510-7171 Correo electrónico Oficial asemina@ina.ar.cr</p>
--	--	---

Fecha: _____

Señores
ASEMINA
Presente

Estimados Señores:

Yo _____, cédula de identidad número _____, como asociado/a de **ASEMINA**, autorizo a ésta a realizar los rebajos correspondientes para participar en el ahorro voluntario, que se indican a continuación:

AHORRO DONDE DESEA PARTICIPAR	MONTO DEL AHORRO MENSUAL
AHORRO DE JUBILACIÓN	₡ _____

FIRMA DEL ASOCIADO (A)

Notas importantes:

1. El **ahorro no tiene mensual mínimo**
2. Afiliación mínima 12 meses.
3. El asociado puede determinar, después de 12 meses de haber iniciado el ahorro, dejar de realizarlo; sin embargo, para efecto de la entrega del dinero ahorrado, el mismo queda en custodia hasta que el asociado deje de ser socio por cualquier motivo.
4. Estos ahorros podrán garantizar los diferentes tipos de crédito que brinda la Asociación. En caso de la no cancelación al día de los diferentes tipos de créditos que mantenga el asociado con la Asociación, podrán ser compensados con estos ahorros de manera inmediata, al igual con los créditos del asociado al momento en que pierda la condición de asociado, por cualquier causa.
5. Este tipo de ahorro cancelará los impuestos de conformidad con la Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas, en caso de ser aplicable dicho pago.
6. Este ahorro se irá acumulando hasta alcanzar su vencimiento.
7. Este ahorro sólo podrá realizarse por deducción de planilla.

<http://www.asemina.com/>