CoopAEE
PO Box 9061
San Juan PR 00908-9061
Tel. (787) 725-8811
Fax (787) 725-2425

Sucursal Ponce
1697 Paseo Villa Flores
Ponce, PR 00716
Tel. (787) 651-1526
Fax (787) 651-1535

Estimado(a) cliente(a):

Para poder concluir el trámite de la solicitud de ingreso a CoopAEE, es importante que complete y remita los siguientes documentos:

- ☐ Tarjeta de Firma
- ☐ Solicitud de Ingreso
- ☐ Certificación de Documentos Entregados
- ☐ Validación de Identidad.
- ☐ Copia de su tarjeta de Seguro Social
- ☐ Copia legible de una identificación vigente con foto
- ☐ Recibo de agua o luz, donde aparezca su dirección postal y residencial.

Los mismos pueden ser entregados directamente en la oficina de San Juan o Ponce, enviados por correo, por fax al 787-725-2425 o por correo electrónico a servciodeenergia@coopaee.com.

De surgir alguna duda o pregunta, favor de comunicarse a la Cooperativa al 787-725-8811 Metro o al 787-651-1526 Ponce. Nuestro compromiso es brindarle el mejor servicio. Gracias por permitirnos servirle.

*Los fondos depositados en las cuentas están asegurados por la Corporación para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de PR (**COSSEC**), hasta un límite de $250,000.00. Los fondos de su cuenta no están asegurados por el gobierno federal. En caso de cierre de la institución el recobro de dichos fondos no está garantizado por el gobierno federal.*

CoopAEE
PO Box 9061
San Juan PR 00908-9061
Tel. (787) 725-8811
Fax (787) 725-2425

Sucursal Ponce
1697 Paseo Villa Flores
Ponce, PR 00716
Tel. (787) 651-1526
Fax (787) 651-1535

Solicitud de Ingreso

Nombre: _____ Cuenta Num._____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Dependientes: _____ Identificación: _____

Lugar de Emisión: _____ Número: _____ Expiración: _____

Dirección Residencial: _____

_____

Dirección Postal: _____

TEL Hogar: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Lugar de Trabajo: _____

Dirección: _____

TEL: _____ Puesto: _____ Ingresos Mensual $_____

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA COOPERATIVA

Clasificación: H / M / L OFAC: _____

☐ **INFORMACION CO-SOLICITANTE** / ☐ **FIRMA AUTORIZADA**

Nombre: _____ Cuenta Num._____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Dependientes: _____ Identificación: _____

Lugar de Emisión: _____ Número: _____ Expiración: _____

Dirección Residencial: _____

_____

Dirección Postal: _____

TEL Hogar: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Lugar de Trabajo: _____

Dirección: _____

TEL: _____ Puesto: _____ Ingresos Mensual $_____

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA COOPERATIVA

Clasificación: H / M / L OFAC: _____

Preparado por: _____ Fecha: _____

Aprobado por: _____ Fecha: _____

*Los fondos depositados en las cuentas están asegurados por la Corporación para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de PR (**COSSEC**), hasta un límite de $250,000.00. Los fondos de su cuenta no están asegurados por el gobierno federal. En caso de cierre de la institución el recobro de dichos fondos no está garantizado por el gobierno federal.*