

SOLICITUD AHORRO A LA VISTA

SOLICITO AL FONDO DE EMPLEADOS DEL DANE - FEDANE REALIZAR APERTURA
DE AHORRO VOLUNTARIO BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES

FECHA: MES / DÍA / AÑO

INFORMACIÓN DEL AHORRADOR

Nombre del Asociado: _____

Documento identidad _____ Fecha expedición: MES / DÍA / AÑO

Dirección: _____

Ciudad: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

AHORRO A LA VISTA ☐

Para descuento por nómina ☐ Para consignación por caja ☐

Declaracion de origen de fondos _____

AHORRO INFANTIL "CRECE" ☐

Para descuento por nómina ☐ Para consignación por caja ☐

Nombre beneficiario: _____

Declaracion de origen de fondos _____

Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS EL DANE FEDANE para que de mi ahorro voluntario se descuente
cualquier saldo de deuda con FEDANE cuando me encuentre en mora superior a 30 días

Firma

C.C No. _____