

SOLICITUD DE CAMBIO O CANCELACIÓN DE SERVICIOS



SERVICOOOP
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO

Esta solicitud debe ser escrita a máquina o con letra de imprenta, en forma clara y precisa.

Lugar y Fecha:	Tipo del sujeto:	Código de socio:	
----------------	------------------	------------------	--

DATOS DEL SOLICITANTE

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	CELULAR N°
N° de Identificación	Cargo en la Empresa	En caso de encontrarse en un Centro de Soluciones indicar el N°	

1. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA CAMBIO DE CUPOS

Marca con una x el Servicio que desea cambiar

	PROVEEDOR	CUPO ACTUAL	CUPO NUEVO	PROVEEDOR	CUPO ACTUAL	CUPO NUEVO
SUPERMERCADOS	MI COMISARIATO			ALMACENES TIA		
FARMACIA	DIFARE			FARMAENLACE		

2. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA CAMBIO DE SERVICIO

Marca con una x el Servicio que desea cambiar

	CONVENIO ACTUAL	CONVENIO AL QUE DESEA CAMBIAR	CUPO A APLICAR
SERVICIO ACTUAL			\$
SERVICIO ACTUAL			\$

En caso de cambio de Planes Telefónicos, llenar la siguiente información

OPERADORA	PLAN ACTUAL	PLAN AL QUE DESEA CAMBIAR	VALOR DEL PLAN A APLICAR
			\$

3. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA CANCELACIÓN DE SERVICIOS

Marca con una x el Servicio que desea ANULAR

SUPERMERCADO	MI COMISARIATO <input type="checkbox"/>	ALMACENES TIA <input type="checkbox"/>	LINEA N° <input type="text"/>
FARMACIA	DIFARE <input type="checkbox"/>	FARMAENLACE <input type="checkbox"/>	
TELEFONÍA	CLARO <input type="checkbox"/>	MOVISTAR <input type="checkbox"/>	
SEGUROS	ARMONY <input type="checkbox"/>	MEMORIAL <input type="checkbox"/>	
OTROS			

De acuerdo a la fecha de corte de cada convenio, SERVICOOOP procederá a descontar lo reportado por los proveedores.

Planes de Telefonía: En el caso de que la línea tenga ademdun, servicoop notificará al socio el valor a pagar, previo a la cancelación del servicio

f) _____
SOLICITANTE

ESPACIO PARA ANÁLISIS DE SERVICOOOP

Observaciones:	Fecha de recepción:	
	Firma Servicoop:	