

FECHA DE SOLICITUD

Año: _____	Mes: _____	Día: _____	/	Hora: _____ : _____
------------	------------	------------	---	---------------------

DATOS DEL SOCIO

Nombres y apellidos

Cédula

Ciudad de residencia

Correo electrónico

Número celular

Ingrese los **primeros 6 dígitos** de su tarjeta CBvisa

Ingrese los **últimos 4 dígitos** de su tarjeta CBvisa

Nro. de días a partir de hoy que desea que se amplíe su cupo de compras diarias en línea

Acepto y autorizo a CB Cooperativa para realizar la presente solicitud, cualquier evento adverso será notificado a los datos proporcionados en este documento.

Para su seguridad, CB Cooperativa **nunca solicitará claves**, contraseñas o códigos de seguridad de su tarjeta CBvisa o de algún dispositivo electrónico vinculado a los servicios que brinda la Cooperativa. La información ingresada en este formulario es estrictamente confidencial y su registro incluye la aceptación de las condiciones establecidas para efecto del mismo durante el lapso de tiempo determinado.

C.I.: _____
Firma socio

C.I.: _____
Nombre funcionario CB Cooperativa