



**FORMULARIO  
SOLICITUD DE TRANSFERENCIA**



*Cooperativa de Ahorro y Crédito  
"Base de Taura"*

Fecha de Solicitud: 

Día	Mes	Año

Transferencias entre cuentas de la Cooperativa       Transferencias Interbancarias

**DATOS DEL ORDENANTE** (quien realiza la transferencia)

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Identificación:**    C.I.     Pasaporte     RUC       **N° Identificación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_      **Email:** \_\_\_\_\_

**Dependencia:**    FAE     ISSFA     SERV. PUBL.

**CUENTA A DEBITAR**

**Debitar de mi cuenta de Ahorros de la Cooperativa "Base de Taura" N°:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO** (quien recibe la transferencia)

**Nombres y Apellidos o Razón Social:** \_\_\_\_\_

**Tipo Identificación:**      **No. Identificación:**

C.I.     Pasaporte     RUC

**Email:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_      **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Datos Institución Beneficiaria:**    Coop. "Base de Taura"       Otra Institución  \_\_\_\_\_

**Acreditar a la cuenta:**      Ahorro     Corriente       N° \_\_\_\_\_

**VALOR DE LA TRANSFERENCIA**

**Valor en números:**      \$ \_\_\_\_\_

**Valor en letras:**      \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA**

**MOTIVO:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES**

Declaro(amos) que todos los valores de mi(s) cuentas tienen un origen lícito y legítimo y no serán destinados a actividades relacionadas con el cultivo, producción, fabricación, transporte o comercialización de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, u otras actividades ilegales o ilícitas, por lo que eximo(mos) a la Cooperativa de cualquier responsabilidad en tal sentido. No admitiré (mos) terceros efectúen depósitos o transferencias de fondos a mi(s) cuentas con fondos provenientes de estas actividades. Eximo(mimos) a la Cooperativa de toda responsabilidad inclusive respecto a terceros, si esta declaratoria fuese falsa o errónea. Autorizo (amos) a los funcionarios de la Cooperativa a realizar las verificaciones que consideren pertinentes, así como para que procedan a informar a las autoridades competentes en casos de que se inicien investigaciones sobre si persona o en caso de que se detectaren transacciones inusuales o sospechosas. Renuncio (amos) a ejecutar cualquier acción tanto en el ámbito civil como penal contra la Cooperativa o sus funcionarios por estos hechos. Declaro(amos) además conocer y aceptar expresamente los costos de la transferencia que solicito(amos) a través de este formulario, los cuáles me han sido previamente informados por la Cooperativa, valores que autorizo(amos) a la Cooperativa debitar inclusive mediante precancelación o sobregiro, de cualquier cuenta, depósito o inversión que mantengo(amos) en la Cooperativa, o del producto de cualquier crédito que me(nos) otorgue la Cooperativa, en el momento que corresponda y sin necesidad de autorización o instrucción adicional alguna. Además certifico (amos) que los datos registrados en este formulario son verídicos y de absoluta responsabilidad de (los) abajo firmate(s). En caso que exista devolución de la transferencia, la retención del impuesto a la salida Divisas no será devuelta al cliente, debe realizar el reclamo de la devolución en el SRI.

\_\_\_\_\_

**Firma del Socio**

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**N° Cédula:** \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA**

<b>Oficina de Recepción:</b> _____	<b>Verificación de Firma:</b> _____	<b>Procesado por:</b> _____	<b>Aprobado por:</b> _____
<b>Fecha de Recepción:</b> _____			
<b>Hora de Recepción:</b> _____			