

**SOLICITUD DE
TARJETA DÉBITO**

Fecha __/__/__



Cédula	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

A-MEDIO DE ENVIO	Indique en cual oficina desea retirar
-------------------------	---------------------------------------

Desea retirar su tarjeta por medio de:

Oficina de Coopejudicial

* Entrega por correos de C.R.

Otro (Por favor especifique)

* Si elige esta opción debe recordar que el envío tiene un costo de €3,800,00 dentro del G.A.M. y €7,000,00 fuera del G.A.M. Adicionalmente debe completar la información en el punto B

B- DATOS ENVIO CORREOS DE C.R.

PROVINCIA:

CANTÓN:

DISTRITO:

DIRECCIÓN EXACTA:

Firma del asociado

Firma y sello del Ejecutivo que tramita