



Sres. del Consejo de Administración de "El Hogar Obrero" (EHO),
Av. La Plata 543 1º piso – C.A.B.A.

Quien suscribe tiene el agrado de dirigirse a Uds. a fin de solicitar su ingreso en calidad de **Asociada/o EHO** en las unidades del edificio ubicado en la calle **HUMBERTO PRIMO n° 3225, de C.A.B.A.**, en adelante como **Asociado Interesado**.

Para tal fin, remito el presente formulario con los datos que se requieren y me comprometo, en caso de ser aceptada/o, a aportar datos complementarios para completar los requerimientos de adhesión al modelo de residencia cooperativa.

Interesado en una unidad de Residencia de tipo (Indicar con una X donde corresponda)

VIVIENDA y/o **COCHERA**

Indicar dos (2) unidades, de acuerdo a sus preferencias y necesidades:

- VIVIENDA**

<input type="checkbox"/> 1º "A"	<input type="checkbox"/> 1º "B"
<input type="checkbox"/> 2º "A"	<input type="checkbox"/> 2º "B"
<input type="checkbox"/> 3º "A"	<input type="checkbox"/> 3º "B"
<input type="checkbox"/> 4º "A"	<input type="checkbox"/> 4º "B"
<input type="checkbox"/> 5º "A"	<input type="checkbox"/> 5º "B"
<input type="checkbox"/> 6º "A"	<input type="checkbox"/> 6º "B"

- COCHERA** 1 2 3 4 5 6 7 8

DATOS DEL INTERESADO TITULAR

Asociada/o EHO n° _____

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Nacionalidad: _____ Tipo y Número de documento: _____

CUIL/CUIT: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Celular: _____

Teléfono fijo: _____ e-mail: _____

Profesión, ocupación u oficio: _____



DATOS DEL GRUPO CONVIVIENTE

VINCULO CON EL INTERESADO: _____ Asociada/o EHO nº _____ **A**

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Nacionalidad: _____ Tipo y Número de documento: _____

CUIL/CUIT: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Celular: _____

Teléfono fijo: _____ e-mail: _____

Profesión, ocupación u oficio: _____

VINCULO CON EL INTERESADO: _____ Asociada/o EHO nº _____ **B**

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Nacionalidad: _____ Tipo y Número de documento: _____

CUIL/CUIT: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Celular: _____

Teléfono fijo: _____ e-mail: _____

Profesión, ocupación u oficio: _____

VINCULO CON EL INTERESADO: _____ Asociada/o EHO nº _____ **C**

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Nacionalidad: _____ Tipo y Número de documento: _____



CUIL/CUIT: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Celular: _____

Teléfono fijo: _____ e-mail: _____

Profesión, ocupación u oficio: _____

GARANTIAS A PRESENTAR

Indique cuales de las siguientes garantías puede ofrecer, debe indicar al menos dos (2) opciones:

- Título de Propiedad Inmueble
- Aval Bancario
- Seguro de Caución
- Garantía de Fianza o Fiador Solidario
- Garantía Personal del Residente (Recibo de sueldo/ Certificado de ingresos/ etc.)

NOTA

La presentación de este formulario, dará derecho al asociada/o a ser incorporado en el **Registro Particular de Asociados Interesados** en residir en una unidad de vivienda, y/u ocupar una cochera en el edificio sito en **Humberto Primo 3225** de esta C.A.B.A., con el orden de prelación correspondiente a la recepción del formulario por parte de EHO.

En el caso de ser seleccionada/o recibirá el aviso por este mismo medio o telefónicamente, a los efectos de continuar con el trámite de asignación.

Número de orden _____ otorgado por el **Consejo de Administración**, según **Registro Particular de Asociados Interesados**, para el edificio ubicado en **Humberto Primo 3225, C.A.B.A.**, con fecha ____/____/____

V. B. AUTORIDADES DE LA COOPERATIVA:

GERENTE

SECRETARIO

COMISION de RESIDENCIAS

PRESIDENTE