

PRESTAMO FACIL

SOLICITUD

Lugar y Fecha: _____.

El que suscribe _____
(NOMBRES Y APELLIDO DEL SOLICITANTE)

MAT N°: _____ Inscrito en el Colegio de Médicos Distrito: _____ en fecha: _____.

DNI N°: _____ CUIT Y/O C.U.I.L N°: _____ Domicilio Real
CALLE _____ N° _____ Piso _____ Depto: _____.

de la localidad de: _____ Teléfono Particular: _____ Celular N°
_____ .e-mail _____.

Estado civil: (soltero-casado-divorciado-

viudo) _____ Apellido y Nombres del Cónyuge : _____

_____ D.N.I /L.C/L.EN°: _____ CUIT Y/O
C.U.I.L C.D.I N°: _____.

se dirige al Sr. Presidente a efectos de solicitarle la concesión de un préstamo, de acuerdo a las disposiciones contenidas en la Reglamentación de Préstamos PERSONALES , por la suma de \$:

PESOS: _____ Reembolsable en cuotas mensuales y consecutivas en

el **PLAZO:** _____ Meses. **TASA:** _____ % ANUAL VARIABLE SOBRE SALDO,

Adjunto a la presente:

- Fotocopia de DNI
- Declaración Jurada de Salud Simple.
- Certificado de Colegiación actualizado.
- Prueba de Ingresos de acuerdo al Anexo.

Los abajo firmantes manifiestan en carácter de declaración jurada que los datos consignados en los formularios cumplimentados son correctos y exactos a la fecha de iniciación del expediente.

_____.

Firma: SOLICITANTE

Aclaración: _____.

_____.
N° y Tipo Documento

_____.

Firma: CONYUGE

Aclaración : _____.

_____.
N° y Tipo Documento

CERTIFICACION DE IDENTIDAD -

FIRMA funcionario interviniente

ACLARACION DE FIRMA Y CARGO

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE MEDICOS

CERTIFICADO DE COLEGIACION:

CONTROL DEL APORTES INC. H)

GASTOS ADMINISTRATIVOS :

OBSERVACIONES: