# SOLICITUD DE PRESTAMOS EN PESOS

**(Marcar con una x lo que corresponda)**

| | | |
|---|---|---|
| **LUGAR Y FECHA:** | | |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | |
| **Matricula :** | Inscripto en el Colegio de Médicos Distrito : | en Fecha: |
| **APELLIDO Y NOMBRES** | | |
| Documento Tipo: Nº | | CUIT/CUIL N° - - |
| Fecha de Nacimiento: | | |
| Domicilio Real: Nº Piso Depto | | |
| Localidad: | Código postal: | |
| Teléfono: | Celular: | e-mail: |
| Estado Civil: | Apellido y Nombre cónyuge : | |
| Documento Tipo: Nº | | CUIT/CUIL Nº - - |
| | | |
| **MONTO- PLAZO DE AMORTIZACION –TASA** | | |
| **Monto solicitado** : | amortizable por sistema francés **en** | **cuotas.** |
| Mensuales y consecutivas. | Tasa: % anual variable sobre saldo. | |

_____.
Firma**: SOLICITANTE**

Aclaración:_____.

_____.
N°y Tipo Documento

_____.
Firma: **CONYUGE**

Aclaración :_____.

_____.
N°y Tipo Docum ento

CERTIFICACION DE IDENTIDAD -

| | |
|---|---|
| FIRMA del funcionario interviniente | ACLARACION de FIRMA Y SELLO |

FPR003-02 REV04