

SOLICITUD DE PRESTAMOS EN PESOS

UCP

(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: N°	CUIT/CUIL N° - -	
Fecha de Nacimiento:		
Domicilio Real:	N°	Piso Depto
Localidad:	Código postal:	
Teléfono:	Celular:	e-mail:
Estado Civil:	Apellido y Nombre cónyuge :	
Documento Tipo: N°	CUIT/CUIL N° - -	
MONTO- PLAZO DE AMORTIZACION –TASA		
Monto solicitado :	amortizable por sistema francés en cuotas	
Mensuales y consecutivas.	Tasa: % anual variable sobre saldo.	

Firma: **SOLICITANTE**

Firma: **CONYUGE**

Aclaración: _____

Aclaración : _____

N°y Tipo Documento

N°y Tipo Documento

CERTIFICACION DE IDENTIDAD -

FIRMA del funcionario interviniente

ACLARACION DE FIRMA Y SELLO

FPR008-00-REV02