

SOLICITUD DE PRÉSTAMO PERSONAL EN PESOS

AFILIADO Nº:

LUGAR Y FECHA

DATOS DEL SOLICITANTE

MATRICULA:

COLEGIO:

FECHA MATRICULA:

APELLIDOS Y NOMBRES:

DOCUMENTO TIPO:

Nº:

CUIT/CUIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO REAL:

Nº:

PISO:

DPTO:

LOCALIDAD:

CÓDIGO POSTAL:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

CELULAR:

E-MAIL:

DATOS DEL CODEUDOR

AFILIADO Nº:

MATRICULA:

COLEGIO:

APELLIDOS Y NOMBRES:

DOCUMENTO TIPO:

Nº:

CUIT/CUIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO REAL:

Nº:

PISO:

DPTO:

LOCALIDAD:

CÓDIGO POSTAL:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

CELULAR:

E-MAIL:

MONTO PLAZO DE AMORTIZACIÓN

MONTO TOTAL EN LETRAS: PESOS

EN NÚMEROS: \$

CANTIDAD DE CUOTAS MENSUALES Y CONSECUTIVAS:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL CODEUDOR

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

	SOLICITANTE	CODEUDOR
• FOTOCOPIA DE D.N.I.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CERTIFICADO DE COLEGIACIÓN CON INDICACIÓN DEL DOMICILIO REAL/PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• INFORME DE RIESGRO CREDITICIO VERAZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CONSTANCIA DE C.B.U.	<input type="checkbox"/>	

IMPORTANTE

PARA DAR INGRESO A LA PRESENTE SOLICITUD ES INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE LA **TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.**

A LA FECHA DE SOLICITUD DEL PRÉSTAMO DEBERÁN ESTAR CANCELADAS LAS DEUDAS QUE EN CONCEPTO DE APORTES PREVISIONALES, ARANCELES DE SALUD, FONDO SOLIDARIO PARA OTRAS COBERTURAS , APORTES EN PROCESOS JUDICIALES Y OTROS PRÉSTAMOS REGISTRE EL AFILIADO.

OBSERVACIONES:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL FUNCIONARIO INTERVINIENTE

FECHA DE RECEPCIÓN

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AUTORIZANTE

FECHA DE APROBACIÓN