



Asociación de Funcionarios
Fondo Nacional de Salud
72.603.500-8

N° INGRESO -----

FECHA RECEPCIÓN -----

SOLICITUD DE PRESTAMO SOLIDARIO

FECHA SOLICITUD: -----

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRES -----

RUT: FONO FAX: FONO.....

CALIDAD JURIDICA: TITULAR..... CONTRATADO..... REGIÓN.....

UNIDAD DE DESEMPEÑO: DIRECCIÓN REGIONAL:

N° CUENTA..... BANCO..... N° REGISTRO SOCIO.....

MONTO SOLICITADO

\$.....

MONTO AUTORIZADO

\$
(USO EXCLUSIVO TESORERIA ASOCIACIÓN)

DATOS PERSONALES DEL AVAL SOLIDARIO

APELLIDOS Y NOMBRES-----

RUT: ----- REGISTRO SOCIO N° ----- FIRMA-----

Declaro estar en conocimiento de que en caso de mora o no pago de la obligación contraída por el deudor principal, asumo la responsabilidad del pago mensual de lo adeudado, mediante el respectivo descuento por planilla, o el pago directo si ello no fuera posible.

CHEQUE N° ----- FECHA-----

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO (Valor cuota lo registra Tesorero de la Asociación)

Por la presente solicitud, autorizo bajo firma, descuento de la planilla de remuneraciones a partir del mes siguiente a la fecha del cheque, en cuotas iguales, por un valor cuota de \$, valor que incluye un aporte del 0,5% mensual, en relación al monto inicial entregado, para incrementar el Fondo Solidario.

FIRMA FUNCIONARIO SOLICITANTE

FIRMA TESORERO NACIONAL

FIRMAS RESPONSABLES

FUNDAMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PRÉSTAMO SOLIDARIO

(Puede utilizar el reverso del Formulario, o adjuntar una carta acompañando los antecedentes que avalen la petición)