**SINDICATO UNIFICADO CLINICA VESPUCIO**

N° :

FECHA:

# **SOLICITUD DE PRESTAMO**

NOMBRE AFILIADO :

RUT :

UNIDAD : Anexo

SOLICITO PRESTAMO DE:

 PRESTAMO DE AUXILIO

 MONTO SOLICITADO

 N0 DE CUOTAS

 FIRMA AFILIADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZO LOS DESCUENTOS NECESARIOS DE MIS REMUNERACIONES, HASTA LA TOTAL CANCELACION DE LA DEUDA.

**INFORME COMITÉ DE BIENESTAR**

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

RESOLUCION:

SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA COMISION BIENESTAR

**(USO EXCLUSIVO BIENESTAR)**

**USO INTERNO DEL SERVICIO DE BIENESTAR:**

**CAPACIDAD DE ENDEUDAMIENTO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Afiliado desde :

Aportes al día :

Ultimo préstamo obtenido en el mes :

Última cuota pagada en el mes de :

N0 cuotas pendientes último préstamo :