

PRÉSTAMO GASTOS MÉDICOS (Pagaré Sin Fiador)

Nombre		N° Cédula	
---------------	--	------------------	--

Solicito que se me acepte como miembro de dicha asociación, por lo que me comprometo a respetar y acatar sus estatutos y reglamentos, a la vez autorizo a la Oficina de Recursos Humanos para que me deduzca de mi salario el 5% del ahorro y la póliza de vida, los cuales me acreditan como asociado.

Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Celular	
Lugar de Trabajo		Tel. Oficina		Puesto	
Correo Electrónico:		Tipo nombramiento Propiedad		Interino	
Dirección de Domicilio Provincia:		Cantón		Distrito	
Señas:					
Salario Bruto: ¢		Salario Líquido: ¢			
Monto que Solicita en letras:		Monto ¢			
Meses Plazo:					

Observaciones:

El solicitante autoriza a ASOMINAE para la deducción de su salario.

Firma		Fecha	
--------------	--	--------------	--

NOTAS:

Sujeto a las disposiciones del capítulo IV, del Reglamento de crédito.

Toda solicitud de crédito, se le aplica un cobro de gastos administrativos sobre el monto solicitado del 3%.

Se cobrarán los intereses por adelantado de la fecha en que realice la solicitud al finalizar el mes.

Si se desafilia perderá la tasa preferencial y se le aumentará la tasa según Reglamento de Crédito.