

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS  
TEGUCIGALPA, MDC. HONDURAS C.A.

APARTADO POSTAL No. 810 TEL. 9612 0771 PLANTA 2269-1834 al 39  
www.colegiomedico.hn

SOLICITUD READECUACIÓN DE DEUDA

Solicitud No. \_\_\_\_\_ Ingreso Solicitud: \_\_\_\_\_  
Monto Solicitado: \_\_\_\_\_ No. de Colegiado: \_\_\_\_\_ Forma de  
pago \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_ Tasa \_\_\_\_\_ Años de  
Colegiado \_\_\_\_\_ Record de pago: Bueno ( ) Regular ( )  
Malo ( ).  
Cuota Nivelada: \_\_\_\_\_ Más seguro de deuda \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante

Especialidad

Lugar y Fecha de Nacimiento Edad Nacionalidad Estado Civil Departamento

Dirección Residencia

Teléfono No. Casa: Oficina Celular Correo electrónico.

Tiempo de residir allí

Institución donde Trabaja Cargo que desempeña Sueldo

Dirección del Empleador Teléfono Tiempo de laborar allí

Nombre del Cónyuge Edad Identidad No.

Dirección de Residencia del Cónyuge Teléfono Tiempo de residir allí

Dirección del Empleador del Cónyuge Teléfono Tiempo de laborar allí

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_