

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 DE PRÉSTAMO ESPECIAL
PARA COMPRA DE DEUDA**

No. de Colegiado _____ Solicitud No. _____
Fecha Ingreso Solicitud _____ Valor solicitado _____
Forma de Pago _____ Plazo _____ Tasa _____ Años de Colegiación _____
Cuota Nivelada _____ Seguro de Deuda _____
Record de Pago: Bueno () Regular () Malo ()

DESCRIPCIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante

Especialidad

Lugar y Fecha de Nacimiento, Edad Nacionalidad

Estado Civil, Departamento

Dirección de Residencia Completa

Teléfono No. Casa, Oficina, Celular y 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: _____