COLEIO MEDICO DE HONDURAS
TEGUCIGALPA, MDC HONDURAS C.A.

APARTADO POSTAL No. 810 TEL. 9612 0771
2269 1831 AL 35

SOLICITUD DE PRESTAMO AUTOMATICO

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: _____ Seguro de Deuda:_____

DESCRIPCION DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante

Especialidad

Lugar y Fecha de Nacimiento Edad Nacionalidad Estado Civil Departamento

Dirección Residencia

Teléfono No. Casa: Oficina Celular Tiempo de Residir allí

Institución donde Trabaja Cargo que desempeña Sueldo

Dirección del Empleador Teléfono Tiempo de laborar allí

Nombre del Conyuge Edad Identidad No.

Dirección de Residencia del Conyuge Teléfono Tiempo de residir allí

Dirección del Empleador del Conyugue Teléfono Tiempo de laborar allí

Firma del Solicitante y sello: _____

DETALLE DE LAS PROPIEDADES

Descripción	Dirección	Precio Mercado	# de Registro Dominio	Hipoteca a favor de

REFERENCIAS CREDITICIAS

Institución	Monto Máximo	Saldo	Tipo de Garantía	Teléfono

Familiar cercano que no viva donde el solicitante	Dirección	Teléfono

Persona ajena a su familia	Dirección	Teléfono

Declaro que la información suministrada en ésta solicitud concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma. Autorizo al Colegio Médico de Honduras, para que la confirme cuando lo considere necesario

----------	----------	----------
Firma y sello del solicitante	R.T.N.	Identidad No,