

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 No. _____

SOLICITUD DE PRÉSTAMO
PERSONAL

No. de Colegiado. _____

Fecha Ingreso Solicitud _____ Valor solicitado _____

Forma de Pago _____ Plazo _____ Tasa _____ Años de Colegiación _____

Cuota Nivelada _____ Más seguro de deuda _____ Daños _____

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: _____

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,