

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 REFINANCIAMIENTO

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 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 Conyugue Teléfono Tiempo de laborar allí

Firma del Solicitante: _____