

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 Conyuge Edad Identidad No.

Dirección de Residencia del Conyuge Teléfono Tiempo de residir allí

Dirección del Empleador del Conyuge Teléfono Tiempo de laborar allí

Firma del Solicitante: _____

COLEIO MÉDICO DE HONDURAS
TEGUCIGALPA, MDC. HONDURAS C.A.
www.colegiomedico.hn

APARTADO POSTAL No. 810 TEL. 9612 0771 y 2292 0774

SOLICITUD DE PRÉSTAMO AUTOMÁTICO

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: _____

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: _____

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
TEGUCIGALPA, MDC. HONDURAS C.A.
www.colegiomedico.hn

APARTADO POSTAL No. 810 TEL. 9612 0771 y 2292 0774

Solicitud No. _____

SOLICITUD DE PRÉSTAMO
HIPOTECARIO

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 Conyuge Edad Identidad No.

Dirección de Residencia del Conyuge Teléfono Tiempo de residir allí

Dirección del Empleador del Conyuge Teléfono Tiempo de laborar allí

Firma del Solicitante: _____

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

APARTADO POSTAL No. 810 TEL. 9612 0771 y 2282 0774
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 Conyuge Edad Identidad No.

Dirección de Residencia del Conyuge Teléfono Tiempo de residir allí

Dirección del Empleador del Conyuge Teléfono Tiempo de laborar allí

Firma del Solicitante: _____

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

APARTADO POSTAL No. 810 TEL. 9612 0771 y 2292 0774
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 Conyuge Edad Identidad No.

Dirección de Residencia del Conyuge Teléfono Tiempo de residir allí

Dirección del Empleador del Conyuge Teléfono Tiempo de laborar allí

Firma del Solicitante: _____

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

APARTADO POSTAL No. 810 TEL. 9612 0771 y 2292 0774
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 Conyuge Edad Identidad No.

Dirección de Residencia del Conyuge Teléfono Tiempo de residir allí

Dirección del Empleador del Conyuge Teléfono Tiempo de laborar allí

Firma del solicitante: