

**COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
TEGUCIGALPA, MDC. HONDURAS C.A.**

APARTADO POSTAL No. 810 TEL. 9612 0771 y 9445-7042  
2269 1834 al 39

Solicitud No. \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE PRESTAMO  
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 ( )

**DESCRIPCION 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 y Sello: \_\_\_\_\_