

Puente Alto, ____ / ____ / ____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTAMO

"Servicio de Bienestar APS"

1. ANTECEDENTES DEL AFILIADO

NOMBRE DEL AFILIADO	
RUT	
CARGO	
CENTRO DE SALUD	
FECHA DE INCORPORACION	
SERVICIO BIENESTAR APS	
CORREO ELECTRONICO	
CELULAR / TELEFONO	
DIRECCION PARTICULAR	
COMUNA	

2. ANTECEDENTES DE PRESTAMO

Tipo de Prestamo:

☐

De Emergencia

☐

Médico

☐

Enlace

MONTO DE PRESTAMO	
Nº DE CUOTAS	

3. AUTORIZACIÓN

En mi calidad de afiliado al Servicio de Bienestar APS de la Corporación Municipal de Puente Alto, autorizo a mi empleador a descontar de mis remuneraciones el monto de la cuota del préstamo solicitado.

Firma Afiliado de Bienestar APS