

Puente Alto, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTAMO

"Servicio de Bienestar APS"

### 1. ANTECEDENTES DEL AFILIADO

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

### 2. ANTECEDENTES DE PRESTAMO

#### Tipo de Prestamo:

☐

De Emergencia

☐

Médico

☐

Enlace

<b>MONTO DE PRESTAMO</b>	
<b>Nº DE CUOTAS</b>	

### 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