

D.A.M.S.U. - SAN JUAN

Dirección de Economía y Finanzas
Oficina de Cuentas Corrientes y Créditos

SOLICITUD DE CREDITO SANITARIO

San Juan, de del año

SOLICITANTE carnet

ACTIVO.....ADHERENTE.....INCORPORADO.....

Apellido y Nombre DNI.....

Lugar de Trabajo.....

Domicilio.....

Tel.:.....

X

Firma Solicitante

GARANTE carnet

ACTIVO..... OTRO.....

Apellido y Nombre DNI.....

Lugar de Trabajo.....

Domicilio.....

Tel.:.....

X

Firma Garante

Obligándose el afiliado por el presente a cancelar en cuotas consecutivas mediante descuento o en su defecto pago directo, según sea la liquidación, como así también el interés punitivo que pudiera devengarse por la mora en el descuento pago respectivo. La garantía es solidariamente responsable, descontándosele sin previo aviso, en caso de falta de pago por parte del solicitante. Aceptando la reglamentación de crédito vigente. A si mismo me/nos someto/temos a la determinación de los tribunales que corresponda a los efectos de saldar las y/o los montos de los cuales he garantizado ser solidario de pagar en un todo de acuerdo a los reglamentos que la OBRA SOCIAL tenga para cada caso. Toda situación no prevista en o/la reglamentación de D.A.M.S.U., será resuelta por el CONSEJO DIRECTIVO DE LA OBRA SOCIAL.

Conceptos:.....

OBSERVACIONES:.....

LIQUIDACION	CREDITO N°:.....	Fecha:...../...../.....
Autorizando a descontar de mis haberes en:.....(.....) cuotas de \$.....		
Importe Autorizado: \$..... (capital)		
Interes: \$.....	Total: \$.....	Autorizó:.....



D.A.M.S.U. - SAN JUAN
Dirección de Economía y Finanzas
Oficina de Cuentas Corrientes y Créditos

DOCUMENTO

CREDITO N°:..... Fecha:.....

El día pagare/mos SIN PROTESTO a D.A.M.S.U. - SAN JUAN la cantidad de pesos (\$.....) Por igual valor recibido en a mi entera satisfacción.-

X

Firma Solicitante

X

Firma Garante