



ESTABLECIMIENTO: _____

RUT.: _____

CELULAR: _____

FECHA: _____

EMAIL: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
------------------	------------------	---------

DOMICILIO: _____

En conformidad con el Reglamento, vengo en solicitud que me conceda un Préstamo de:
AUXILIO MEDICO ESCOLAR por la suma de: \$ _____ me comprometo a cancelar el mencionado Préstamo en _____ cuotas mensuales, cuyo monto determinará el Consejo Administrativo de Bienestar.

Autorizo al habilitado del Servicio de Salud para que deduzca de mi sueldo mensual, la suma que corresponde para cubrir íntegramente la deuda al interés contraído con el Servicio de Bienestar, no pudiendo exceder del 15% legal para descuentos voluntarios.

Tomo conocimiento que el préstamo, de acuerdo al plazo y al capital prestado, devengará un interés mensual del 2%, para el préstamo de auxilio, el préstamo médico y el préstamo escolar.

Propongo como codeudores solidarios a dos imponentes de Bienestar que firman conjuntamente ésta solicitud.

Como afiliado al servicio de Bienestar declaro dar fe que los antecedentes presentados adjunto a esta solicitud son fidedignos, y tomo conocimiento en considerar que el Servicio de Bienestar puede verificar la validez de ellos.

FIRMA DEL IMPONENTE

FIRMA AVAL 1

Nombre: _____
Establecimiento: _____
Rut.: _____

FIRMA AVAL

Nombre: _____
Establecimiento: _____
Rut.: _____

VºB JEFA SERVICIO DE BIENESTAR