



SERVICIO DE BIENESTAR APS

LEY Nº 19.378 APS IQUQUE

FECHA: _____

SOLICITUD PRESTAMO

Según Artículo 22 del Reglamento del Servicio de Bienestar de APS-CORMUDESI

NOMBRE COMPLETO SOCIO AFILIADO/A		RUT
ESTABLECIMIENTO LABORAL		TELEFONO PARTICULAR
		+569
		FECHA SOLICITUD

SOLICITO EL PRESTAMO POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS	

ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTOS RESPALDANDO MI SOLICITUD
1.-
2.-
3.-
4.-

El Monto solicitado es \$ _____. Asimismo, manifiesto tener conocimiento y autorizo los descuentos por Planilla de liquidación, a fin de dar pago a la presente solicitud y sugiero que el monto sea amortizado en _____ cuotas mensuales, previa evaluación del Servicio de Bienestar de APS- CORMUDESI. Solicitud que, de ser aprobada, será confirmada, de manera directa o por medio de contacto telefónico.

De esta manera además declaro formalmente que conozco y acepto el Artículo 11, letra 3 del Reglamento del Servicio de Bienestar de APS – CORMUDESI, el cual señala:

“Mientras mantenga la calidad de afiliado, no podrá eximirse por causa alguna de la obligación de pagar sus cuotas y de cumplir con los demás compromisos contraídos con el Servicio de Bienestar. Esta obligación incluye los períodos en que el afiliado se encuentre con feriado legal, licencias médicas, permisos sin goce de remuneraciones y periodos de suspensión”

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO/A

FIRMA AFILIADO/A

USO EXCLUSIVO CONTABILIDAD SERVICIO DE BIENESTAR	
Tipo de Contrato	
Monto Autorizado	\$
Valor Cuota	\$

Vº Bº CONTADOR BIENESTAR

Vº Bº ENCARGADA SERVICIO BIENESTAR APS