



SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA POR ENFERMEDAD GRAVE O CATASTROFICA

CHILLÁN, _____

YO _____, RUT. _____

FUNCIONARIO (A) DEPENDIENTE DE LA DIRECCIÓN DE _____, SOCIO (A) ACTIVO (A) DEL DEPTO. DE BIENESTAR, VIENE A SOLICITAR UN PRÉSTAMO MÉDICO, POR LA SUMA DE \$ _____, AUTORIZANDO QUE SEA DESCONTADO POR PLANILLA EN _____ CUOTAS, A PARTIR DEL MES DE _____.

DIAGNÓSTICO MÉDICO (Adjuntar antecedentes)

Funcionario/a: _____

Carga: _____

SALUDA COORDIALMENTE A USTEDES,

FIRMA

FIRMA AVAL 1

FIRMA AVAL 2

NOMBRE:.....

NOMBRE:.....

RUT:.....

RUT:.....

USO EXCLUSIVO DEPTO. DE BIENESTAR

FECHA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD _____

AUTORIZA	RECHAZA