

## Solicitud de préstamo para Gastos Médicos

### Datos del Socio:

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
FILIACIÓN \_\_\_\_\_ CLAVE (S) \_\_\_\_\_  
ESCUELA DONDE TRABAJA \_\_\_\_\_  
LUGAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_  
TELÉFONO PARTICULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_  
DELEGACIÓN O CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ REGIÓN \_\_\_\_\_

| DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA MEDICO |
|---|
|   |

### EN EL CASO DE SOCIOS JUBILADOS U HOMOLOGADOS, DEBERA INCLUIRSE UN AVAL DEL SUBSISTEMA BASICO

### Datos del Aval:

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
FILIACIÓN \_\_\_\_\_ CLAVE (S) \_\_\_\_\_  
DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_  
TELÉFONO PARTICULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_  
DELEGACIÓN O CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ REGIÓN \_\_\_\_\_

### Documentación requerida para el acreditado y el aval, en su caso:

Solicitud con el Vo. Bo. del Secretario Coordinador Regional

Presupuesto Médico

Copia de talones de cheque mas recientes

Comprobar Parentesco: Hijos- copia de acta de nacimiento, Padres- copia de acta de nacimiento del socio, Cónyuge- Copia de acta de matrimonio

Copia de Comprobante de domicilio

Copia de Identificación Oficial

Firma del socio solicitante

Firma del socio aval

Vo. Bo. del Secretario Coordinador Regional

FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_