

Solicitud de préstamo para gastos médicos mayores

Datos del Socio Solicitante:

RFC: _____

NOMBRE COMPLETO _____

DOMICILIO PARTICULAR _____

TELÉFONO _____ **DELEGACIÓN O CT** _____ **REGIÓN** _____

SEC _____ **CRESO** _____ **HOMOLOGADO** _____ **JUBILADO** _____

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA MÉDICO

EN EL CASO DE SOCIOS JUBILADOS U HOMOLOGADOS, DEBERÁ INCLUIRSE UN AVAL DEL SUBSISTEMA BÁSICO

Datos del Socio Aval:

RFC: _____

NOMBRE COMPLETO _____

DOMICILIO PARTICULAR _____

TELÉFONO _____ **DELEGACIÓN O CT** _____ **REGIÓN** _____

Firma del socio solicitante

Firma del socio aval

Vo. Bo. del Secretario Coordinador Regional

FECHA DE LA SOLICITUD: _____ DE _____ DE _____

Documentación requerida:

Presupuesto Médico

Copia de talones de cheque mas recientes (socio y aval)

Copia de Comprobante de domicilio, copia de Identificación Oficial (socio y aval)

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

Copia de carátula de estado de cuenta bancaria donde indique claramente nombre del Banco, nombre del socio y CLABE interbancaria