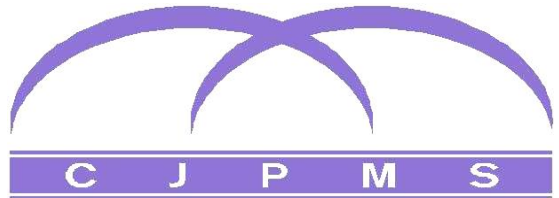


**Caja de Jubilaciones y Pensiones para
Médicos de la Provincia de Salta**

Ley N° 6.556/89 - Modificatoria Ley N° 6.787/95 y Ley N° 7507/08
España N° 311 - C.P. 4400 - Salta (Capital) - Tel./Fax: (0387) 4224180
e-mail: institucional@cjpm.org.ar – web: www.cjpm.org.ar



Solicitud N°: _____

Formulario de Solicitud de Préstamo Personal para Médicos - ANEXO I

DATOS DEL SOLICITANTE

Fecha: _____

Apellido y Nombres:	_____		
N° de Matrícula:	C.U.I.L. / C.U.I.TN°:	_____	
Domicilio Real y Nro.:	_____		Piso/Dto: _____
Localidad:	_____		C.P. _____
Nacionalidad:	D.N.I.:	_____	Edad: _____
Fecha de Afiliación:	Antigüedad Matrícula:	_____	Cat.: _____
Teléfono Personal:	_____	Teléfono Laboral:	_____
Mail:	_____		

Estado Civil:	_____	Cónyuge o Conviviente:	_____
Tipo y Nro. Documento:	_____	Profesión:	_____

DATOS DEL PRÉSTAMO SOLICITADO

Tipo de Préstamo ⁽¹⁾ :	_____		
Monto Solicitado \$:	_____	Pesos:	_____
Cuotas:	_____	Destino:	_____

⁽¹⁾ Préstamo Personal para Afiliados Activos / Préstamo Personal para Jubilados.

Documentación Adjunta

- a) Copia D.N.I. (frente y reverso).
- b) Servicio público o privado a nombre del solicitante (para constatar domicilio declarado).

.....
Firma y Aclaración Solicitante¹

Intervino:

Supervisó:

¹ La Firma del solicitante debe suscribirse ante personal interviniente de la Caja quien certifica la misma o presentarse con firma certificada ante escribano público.