



FECHA

**FORMULARIO PRESTAMO SOCIAL DE EMERGENCIA
COMPROMISO DE PAGO**

NOMBRE SOCIO

GERENCIA - DIVISION

LUGAR DE TRABAJO

CORREO ELECTRONICO

TELEFONO CELULAR

MONTO	<input type="text"/>	Mínimo \$30.000.- Máximo \$120.000.-
RUT	<input type="text"/>	
CUENTA BANCO Nro.	<input type="text"/>	Tipo de cuenta <input type="text"/> (Ahorros, Vista, Rut ó Corriente)
BANCO	<input type="text"/>	
CUOTAS	<input type="text"/>	(máximo 6)

FIRMA DEL SOCIO
COMPROMISO DE PAGO

Declaro conocer y entender el procedimiento del crédito social, el cual me comprometo a cumplir, las cuotas se pagan por descuento desde RR HH y en caso contrario deberé pagar directamente al Sindicato. En caso de desvinculación autorizo a que se descuente el monto adeudado en el finiquito, y en el caso de desafilarme del sindicato el préstamo será cobrado en una sola cuota en la siguiente liquidación de sueldo.

IMPORTANTE

Este formulario deberá ser enviado a: directiva@sindicatoclarochile.cl .

La primera cuota se descontará el mes siguiente a aquel en que se abono ó pago el préstamo.

(Ej, los abonados entre el 1 y 31 de mayo, corresponde 1ra cuota el 28 de junio, el correo es tu respaldo, que fue recibido el formulario)

OPCIONES	MONTOS			
	\$30.000	\$60.000	\$90.000	\$120.000
CUOTAS				
1	\$ 30.000	\$ 60.000	\$ 90.000	\$ 120.000
3	\$ 10.000	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 40.000
6	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000

USO INTERNO:

DIA DEL ABONO	<input type="text"/>	Correlativo	<input type="text"/>
HORA DEL ABONO	<input type="text"/>		
MES DEL ABONO	<input type="text"/>		
MES DEL 1ER DESCUENTO	<input type="text"/>	VALOR	\$ <input type="text"/>

recuerda siempre

enviar a: directiva@sindicatoclarochile.cl