



SOLICITUD DE PRESTAMO PERSONAL ORDINARIO

LUGAR y FECHA: de 20.....

El que suscribe: inscripto en la Caja de Seguridad Social para Odontólogos bajo el N° con fecha de de con domicilio real en la calle N° Piso: Dpto: Teléfono: Particular Celular de la Localidad de, se dirige al señor Presidente y dice:

Que de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento de Préstamos, viene a solicitar la concesión de un **Préstamo Personal Ordinario por \$ (pesos.....) con amortización en cuotas mensuales, con tasa de interés variable. Que conoce y acepta los términos y alcances de la Reglamentación de Préstamos que forman parte integrante de la contratación y a cuyas estipulaciones se somete.**

Que declara bajo juramento encontrarse en el ejercicio activo de la profesión en los términos de la Ley 8.119 y sus modificatorias y de la Ley 12.754 y sus reglamentaciones, y que su patrimonio es:

AUTOMOTORES: Marca: Modelo: N° Motor:
Patente: Valor estimativo:
¿Tiene Prenda?: Sí - NO (*) Monto de la misma en la actualidad:

INMUEBLES: Ubicación. Calle: N°: Piso: Dpto.:
Localidad: Inscripción en el Registro de la Propiedad N°:
Valor estimativo: ¿Tiene Hipoteca? **SI - NO (*)** Monto de la hipoteca:

CO DEUDORES

1º Apellido y Nombres: inscripto en La Caja de Seguridad Social para Odontólogos bajo el N° con fecha de de con domicilio real en la calle: N° Piso: Dpto: Teléfono: de la Localidad de se constituye en **codeudor solidario y principal pagador, renunciando al beneficio de excusión y división de bienes, manifiesta conocer y aceptar los términos y alcances de la Reglamentación de Préstamos a cuyas estipulaciones se somete y declara bajo juramento encontrarse en el ejercicio de la profesión en los términos de la Ley 8.119 y sus modificatorias y de la Ley 12.754 y que su patrimonio es:**

AUTOMOTORES: Marca: Modelo: N° Motor:
Patente: Valor estimativo:
¿Tiene Prenda?: Sí - NO (*) Monto de la misma en la actualidad:

INMUEBLES: Ubicación. Calle: N°: Piso: Dpto.: Localidad:
Inscripción en el Registro de la Propiedad N°: Valor estimativo:

2º Apellido y Nombres: inscripto en La Caja de Seguridad Social para Odontólogos bajo el N° con fecha de de con domicilio real en la calle: N° Piso: Dpto: Teléfono: de la Localidad de se constituye en **codeudor solidario y principal pagador, renunciando al beneficio de excusión y división de bienes, manifiesta conocer y aceptar los términos y alcances de la Reglamentación de Préstamos a cuyas estipulaciones se somete y declara bajo juramento encontrarse en el ejercicio de la profesión en los términos de la Ley 8.119 y sus modificatorias y de la Ley 12.754 y que su patrimonio es:**

AUTOMOTORES: Marca: Modelo: N° Motor:
Patente: Valor estimativo:
¿Tiene Prenda?: Sí - NO (*) Monto de la misma en la actualidad:

INMUEBLES: Ubicación. Calle: N°: Piso: Dpto.: Localidad:
Inscripción en el Registro de la Propiedad N°: Valor estimativo:

FIRMA DEL 1º CO-DEUDOR
AF. N°:

FIRMA SOLICITANTE
AF. N°:

FIRMA DEL 2º CO-DEUDOR
AF. N°:

IMPORTANTE: Una vez que esta solicitud sea ingresada a la Caja, el desistimiento unilateral del préstamo, si se produce antes del pago del mismo, le generará un cargo, en concepto de gasto administrativo, igual al valor de un módulo recaudador. Si el desistimiento se produjera luego del pago del préstamo, deberá devolver la misma suma que solicitó, sin descuento alguno, en el plazo de 30 días de efectivizado el pago, bajo apercibimiento de considerarse el préstamo vigente. En todos los casos el desistimiento debe ser expresado por escrito con firma del afiliado y se tomará como fecha válida del mismo la fecha de su ingreso a la Caja.

DOCUMENTACION A ADJUNTAR A LA PRESENTE: Debe acompañar a la presente solicitud una C.B.U. (Clave Bancaria Uniforme) del Banco donde tenga la cuenta en la que desea el depósito, original, puede ser impresa de Cajero Automático o Homebanking, firmada y sellada por el afiliado y además debe completar el formulario "Anexo Préstamos Personales por Depósito Bancario".

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN	
FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO		
OF. R	CÓDIG	T.F.	
0 3	A P P		