



## SOLICITUD DE PRESTAMO ESPECIAL PARA JUBILADOS

....., ..... de ..... de 20.....

SR. PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEG. SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Dr. ....

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

De mi consideración:

El/La que suscribe ..... con domicilio real en la calle ..... N° ..... de la localidad de ....., en mi carácter de jubilado afiliado N° ..... del Distrito ....., Teléfono Fijo ....., Teléfono Celular ..... y Correo Electrónico ....., de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento de Préstamos Especiales para Jubilados, cumple en dirigirse al Sr. Presidente con el objeto de solicitarle se me acuerde un Préstamo Personal por la suma de (Marque con una X la opción correspondiente):

a) PESOS VEINTICINCO MIL (\$ 25.000);

b) PESOS TREINTA MIL (\$ 30.000);

c) PESOS TREINTA Y CINCO MIL (\$ 35.000);

Asimismo me comprometo a devolver la suma indicada de la siguiente manera (Marque con una X la opción correspondiente):

a) Doce (12) cuotas

b) Dieciocho (18) cuotas

Declaro por la presente conocer y consentir los términos y alcances del Reglamento de Préstamos Especiales para Jubilados que forma parte integrante de la contratación y a cuyas estipulaciones me someto. Asimismo presto mi expreso consentimiento para que las cuotas en cuestión me sean descontadas de mis haberes previsionales y me obligo por la presente a firmar el contrato de mutuo respectivo declarando conocer y aceptar las cláusulas del mismo.

Designo con carácter de beneficiario de la prestación por fallecimiento a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, durante la vigencia de la deuda, por el saldo del presente préstamo.

**Por último solicito se me abone el préstamo mediante depósito en la cuenta en la que se depositan mis haberes jubilatorios.**

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.

-----  
FIRMA

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN	

  

FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO										
											-

  

OF. R	CÓDIGO	T.F.			
0	3	P	E	A	