



SOLICITUD DE PRESTAMO SOLIDARIO PARA PRESTACIONES MEDICAS (Sólo para afiliados a la Caja que posean Cobertura Médica de Fundación CO.ME.I.)

LUGAR Y FECHA:de 20.....

IMPORTANTE: En forma previa al ingreso de la presente solicitud el solicitante deberá contactar con el personal de Fundación CO.ME.I., a los fines de especificar las características de la prestación médica para la cual solicita el presente préstamo.

DATOS DEL SOLICITANTE

El que suscribe:, inscripto en la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires bajo el N° con domicilio real en la calle N°.....; Piso:.....; Dpto:; Teléfono fijo:.....; Celular:..... Correo electrónico:.....; de la localidad de, se dirige al señor Presidente y dice:

Que de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento de Préstamos Solidarios para Prestaciones Médicas, viene a solicitar la concesión de un Préstamo en los términos de dicho reglamento por la suma de \$..... (Pesos.....) con amortización en cuotas mensuales.

DATOS DEL CO DEUDOR

Nombre y apellido:, inscripto en la Caja de Seguridad Social para Odontólogos bajo el N°:....., con domicilio real en la calle:.....; N°:.....; Piso:.....; Depto:.....; Teléfono fijo:.....; Celular:..... Correo electrónico:..... de la Localidad de se constituye en codeudor solidario y principal pagador, renunciando expresamente al beneficio de excusión y división de bienes.

IMPORTANTE: El afiliado solicitante del presente préstamo debe poseer cobertura médica de la Fundación CO.ME.I. y encontrarse al día en el cumplimiento de sus obligaciones tanto hacia la Caja como hacia la Fundación CO.ME.I.

El solicitante y el codeudor aquí firmante declaran por medio de la presente conocer y aceptar en un todo los términos y disposiciones del Reglamento de Préstamos Solidarios para Prestaciones Médicas, como así también de las modificaciones que apruebe el H. Directorio sobre el mismo que se encuentren

