

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO**

**ASOCIACIÓN NACIONAL DE TRABAJADORAS/ES MARÍA ESTER FERES NAZARALA**

DIRECCIÓN DEL TRABAJO

# “ANTRAMEF”

FECHA DE LA SOLICITUD: / / \_\_ \_\_

Estimadas/os, por medio de la presente, solicito aprobación para acceder a un préstamo solidario de nuestra Asociación ANTRAMEF. Para ello, remito los antecedentes solicitados, con el compromiso y autorización expresa, a que, en caso de desafiliación, se descuenten los saldos pendientes bajo la modalidad pactada en el presente documento, y/o mediante los recursos que procedan para tales efectos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre y apellidos socia/o** | | | | |  | | | | | | | | |
| **RUT** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Domicilio** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Comuna** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Región** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Teléfono** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Correo electrónico** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Dependencia** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Grado** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Monto a solicitar** | | | | | **$100.000 \_\_\_** | | **$200.000 \_\_\_** | | **$300.000 \_\_\_** | | **$400.000 \_\_\_** | **OTRO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **MODALIDAD DESCUENTO (Debe elegir una sola opción)** | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCUENTO POR PLANILLA** | | | | | | | | **PAGO DIRECTO** | | | | | |
| **Sí\_\_\_\_\_**  **No\_\_\_\_\_** | | | | | | | | **Sí\_\_\_\_\_**  **No\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **MODALIDAD DE PAGO (Debe elegir una sola opción)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Cantidad de cuotas** | | | | | | **Próximo trimestral** | | | | **Próximos 2 trimestrales** | | | |
| **1 \_\_\_** | **2 \_\_\_** | **3 \_\_\_** | **4 \_\_\_** | **5 \_\_\_** | **6 \_\_\_** | **Sí\_\_\_\_\_**  **No\_\_\_\_\_** | | | | **Sí\_\_\_\_\_**  **No\_\_\_\_\_** | | | |
| **DATOS BANCARIOS PARA**  **DEPÓSITO/TRANSFERENCIA** | | | | | **Banco** | | | | | | | | |
| **N° cuenta** | | | | | | | | |
| **Tipo de cuenta** | | | | | | | | |
| **DATOS AVAL** | | | | | **Nombre** | | | | | | | | |
| **Rut** | | | | | | | | |
| **Dependencia** | | | | | | | | |
| **De conformidad a la consulta nacional a socias/os, ratificada mediante asamblea general de fecha 15.11.2022, se aprobó la aplicación de un recargo de un 2% que formará parte de un fondo general destinado en beneficio de socias y socios de ANTRAMEF.** | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE Y FIRMA SOCIA/O NOMBRE Y FIRMA AVAL

# RR.SS.: @ANTRAMEF / E-MAIL: [ANTRAMEF@DT.GOB.CL](mailto:ANTRAMEF@DT.GOB.CL)