



COOPERATIVA MIXTA DE EMPLEADOS ENEE

Teléfono 2235-9902 / 2235-9906

PRESTAMO ESCOLAR

Tegucigalpa, M.D.C. _____ de _____ del _____

Yo, _____ CLAVE No. _____

Con sueldo mensual de L. _____

Declaro que pagaré incondicionalmente a la COOPERATIVA MIXTA DE EMPLEADOS ENEE., en su oficina de Tegucigalpa, M.D.C.

La Cantidad de: _____

Deducible en _____ Meses _____

El monto antes indicado lo recibo en calidad de Préstamo Escolar al 1.5 % de interés mensual. Para el pago de dicho préstamo AUTORIZO para que se me deduzca de mi salario por planilla.

Monto	Timbre Cooperativa	Interes Escolar	Seguro S/ Ptmo.	Comisión de Manejo	Saldo Anterior	Valor del Cheque

Información bancaria de afiliado donde se hara transferencia.

No. Cuenta Bancaria: _____ Nombre de Institucion Bancaria: _____

Nota: COMIENEEL no asume ninguna responsabilidad por errores cometidos por el afiliado. Por favor, verifique el número de cuenta y nombre institución financiera.

Firma Solicitante

Firma Autorizada

Aval: _____
Nombre y Clave

Firma Aval

RESOLUCION DEL COMITÉ DE CREDITO

Según Acta No. _____ Del _____ DE _____ Año: _____

REUNIDOS LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE CREDITO SE: APRUEBA DENIEGA

Observación _____

SECRETARIO

PRESIDENTE

COMISIONADO