

**ASOCIACION SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL
INSTITUTO DE DESARROLLO RURAL - ASEINDER**
Tel.-Fax: 2240-8348, Tel: 2247-7580, 2247-74-00 Ext. 7580
Correo Elec.: aseinder@inder.go.cr Sitio Web: www.aseinder.com

Solicitud de Préstamo

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE		N° CEDULA
ESTADO CIVIL	LUGAR DE TRABAJO (Oficina o Departamento)		PUESTO	
SALARIO MENSUAL ¢	TELEF.: DIRECTO	EXTENSION	Fecha-Nacimiento (Para póliza INS)	Uso de ASEINDER: C. P.
DIRECCION EXACTA DEL DOMICILIO:				Telef. Habitación:
				Telef. Celular :
MONTO SOLICITADO ¢	PLAZO EN MESES	TIPO DE PRESTAMO	PLAN DE INVERSION	
FORMA DE HACER EL GIRO DEL DINERO: (marque una opción) <input checked="" type="radio"/> TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA* <input type="radio"/> CHEQUE -BCR				
Autorizo a la Asociación Solidarista, para que en caso de mi retiro o liquidación de la Asociación, se rebajen de mis ahorros personales y excedentes, los compromisos financieros que he adquirido con ASEINDER. Autorizo a que se deduzca por planilla de mi salario, el monto que corresponda por concepto de cuota mensual de ésta operación.				
Lugar y fecha:			Firma del Solicitante:	

* *Transferencia Electrónica BCR y vía SINPE en otros bancos.*

DATOS PARA USO DE OFICINA DE ASEINDER

Préstamo: _____ # _____	Código: _____ ¢ _____
Cancela saldos préstamos anteriores:	
_____ al _____	Código: _____ ¢ _____
_____ al _____	Código: _____ ¢ _____
_____ al _____	Código: _____ ¢ _____
_____ al _____	Código: _____ ¢ _____
_____ al _____	Código: _____ ¢ _____
TOTAL-Ck o Transferencia # _____ DEL _____	Cód.: _____ ¢ _____
Pagaré # _____ A _____ Meses.	
Cuota: ¢ _____ mas póliza: ¢ _____	Total rebajo mensual ¢ _____
Tasa de Interés _____ % Anual Fija.	
Firma del Presidente de Junta Directiva: _____	