



CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS
DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E.
OBREGÓN Y YÁNEZ # 62 COL. CENTRO CP 83000
HERMOSILLO, SONORA
TELÉFONO (01 662) 259 99 00
www.snte54.com.mx

SOLICITUD DE PRÉSTAMO

NÚMERO DE PENSIÓN: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

LOCALIDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR: _____

DATOS DEL PRÉSTAMO

() Personal () Especial () Refaccionario () Extraordinario () Viaje () Estudiante () Prendario

() Otros _____

CANTIDAD SOLICITADA (INDICAR SI ES LIBRE O IMPORTE DEL PRÉSTAMO): \$ _____

PLAZO _____ MESES * Nota.- No llenar los campos relacionados al importe del pagaré ya que estas cantidades pueden variar de acorde a los alcances.

PAGARÉ

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE A CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. EN HERMOSILLO, SONORA; LA CANTIDAD DE (CANTIDAD EN NÚMERO) \$ _____ PESOS M.N.,

(CANTIDAD EN LETRA) (_____ M.N.)

SUMA QUE HE RECIBIDO EN CALIDAD DE PRÉSTAMO Y LA CUAL DEBERÉ CUBRIR EN TIEMPO Y FORMA EN LAS OFICINAS DE CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. O EN CUALQUIERA DE SUS SUCURSALES O INSTITUCIÓN BANCARIA AUTORIZADA PARA EL CASO, TODO ESTO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE, EN EL ENTENDIDO DE QUE SI PAGO ANTES DEL VENCIMIENTO SE ME BONIFICARÁN LOS INTERESES NO DEVENGADOS. DE LA MISMA MANERA AUTORIZO A CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. DE NO SER LIQUIDADO MI ADEUDO EN TIEMPO, SE programe a descuento quincenal o mensual, con los intereses correspondientes y que en mi nombre y representación solicite a la dependencia facultada por el gobierno del estado de Sonora y/o a ISSSTESON, se apliquen los descuentos correspondientes de mi sueldo o pensión, hasta la total liquidación de mi adeudo y en caso de tratarse de crédito *PR* o *EV*, acepto que la cantidad líquida prestada sea destinada al pago del bien adquirido o servicio contratado, mediante el pago directo a la institución prestadora del servicio. ASÍ MISMO AUTORIZO A C.M.A.P. SE DESTRUYA ESTE PAGARÉ UNA VEZ CUBIERTO EL PRÉSTAMO EN EL TÉRMINO CORRESPONDIENTE.

HERMOSILLO, SONORA; A _____ DE _____ DE AÑO _____

SECCIÓN 54

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

DESEO QUE MI PRÉSTAMO SEA POR: (MARQUE Y LLENE LOS ESPACIOS)

A) _____ CHEQUE

B) _____ DEPÓSITO A CTA. CON NÚMERO: _____ DE BANCO: _____

SÓLO SE LLENARÁ CUANDO NO SE TRAMITE PERSONALMENTE.

TRAMITÓ EL PRESENTE PRÉSTAMO (NOMBRE COMPLETO): _____

DELEGACIÓN O C.T.: _____