

CRÉDITO EXTRAORDINARIO DE EMERGENCIA SANITARIA

NOMBRE DEL ASOCIADO _____

CÉDULA N° _____ de _____

MONTO SOLICITADO \$ _____

PLAZO SOLICITADO _____

EMAIL DE REMISIÓN DE ESTA SOLICITUD _____ @ _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL GERENTE

___ APROBADO ___ NEGADO

MONTO APROBADO \$ _____

PLAZO APROBADO _____ MESES

OBSERVACIONES: _____

FECHA ___ de _____ de 2020

Firma del gerente