



FONDO DEL AHORRO MAGISTERIAL, A. C.

Av. Ignacio López Rayón #1641 Col. Independencia, Tijuana B. C.

Tel. 6 88 24 36

Nombre _____
Paterno Materno Nombre(s)

Categoría _____ Lugar y Fecha _____

SOLICITUD DE PRESTAMO

Socio () Deudor Diverso ()

Activo () Jubilado ()

No. _____

Tipo de préstamo: _____ Cantidad que solicita: _____

No. De empleado _____ Zona Escolar _____ Delegación Sindical _____

Paterno

Materno

Nombre(s)

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____ Otro _____

Domicilio _____

Avenida, calle, calzada, etc.

Numero

Colonia

Población o Ciudad

Código Postal

Dependencia donde labora: _____

Oficina de Adscripción (Escuela): _____ Zona Escolar: _____

Nombramiento: _____ Sueldo: _____

Otro nombramiento: _____ Sueldo: _____

Tipo: Base () Jubilado () Fecha de ingreso a la dependencia de Gobierno: ____ / ____ / ____

Tiempo de cotizar al Fondo del Ahorro Magisterial, A.C. ____ / ____ / ____

Deseo aumentar mi aportación: \$ _____ \$ _____

Mensual

Quincenal

Lugar y Fecha: _____ Plazo: _____

Firma del solicitante

PARA SER LLENADO POR EL CONTROL DE SALIDAS

Préstamo anterior: _____

Saldo deudor: _____

Fecha de saldo: _____

Aportación: _____

Revisado por _____

Autorizo por consejo de Administración _____

Autorizado por Consejo de vigilancia _____