



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: _____

Revisado por _____

Saldo deudor: _____

Autorizo por consejo de Administración

Fecha de saldo: _____

Autorizado por Consejo de vigilancia

Aportación: _____