



**COOPAC
CRL. FRANCISCO BOLOGNESI**
¡Excelente... como su gente!

PARA SER LLENADO POR LA COOPERATIVA	FECHA DE APROBACIÓN
	N° DE EXPEDIENTE
	NÚMERO DE CHEQUE

SOLICITUD DE CRÉDITO PERSONAL

FECHA DE RECEPCIÓN

TIPO DE CRÉDITO

PROMOCIONAL ORDINARIO PREMIUM ADMINISTRATIVO

DATOS PERSONALES DEL TITULAR

N° DE CÓDIGO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
C.I.P.	D.N.I.	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Cas. <input type="checkbox"/> Sol. <input type="checkbox"/> Viud. <input type="checkbox"/> Conviv. <input type="checkbox"/> Divor. <input type="checkbox"/>	TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN (Av. Jr. Calle)		N°	INTERIOR	URBANIZACIÓN (Villas, y otros)
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	TIPO DE VIVIENDA PROPIA CANCELADA <input type="checkbox"/> PROPIA PAGANDOLA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>		CELULAR
DISTRITO		DISTRITO		

DATOS LABORALES DEL TITULAR

OCUPACIÓN Emp. Civil <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Tcc. SSOO <input type="checkbox"/> Ofic. <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE UNIDAD DE SERVICIO O NEGOCIO	ÁREA DE OCUPACIÓN	FECHA DE INGRESO	CARGO QUE DESEMPEÑA
DIRECCIÓN (Av. Jr. Calle)	N°	INTERIOR	URBANIZACIÓN	TELÉFONO / ANEXO
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	REFERENCIA (Ubicación)	

DATOS DE SU CONYUGE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
C.I.P.	D.N.I.	TELÉFONO	

REFERENCIAS BANCARIAS

	M.N.	M.E.	BANCO	N° DE CUENTA
CUENTA CORRIENTE				
CUENTA CORRIENTE				
CUENTA AHORROS				

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	MONTO	ESPACIO PARA SER UTILIZADO POR LA COOPERATIVA
INGRESO NETO DEL SOCIO		
OTROS ING.....		
TOTAL INGRESOS		

REFERENCIAS PERSONALES (PERSONAS QUE NO VIVAN NI TRABAJEN CON UD.)

APELLIDO Y NOMBRES	DIRECCIÓN	TELÉFONO	VINCULO
--------------------	-----------	----------	---------

DE CONSUMO - Servicio al socio y familia

DE CONSUMO - Servicio al socio y familia	FORMA DE PAGO	TASA DE INTERÉS MENSUAL	N° DE CUOTAS
Educación <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Gastos <input type="checkbox"/> Otros..... <input type="checkbox"/>			

MONTO SOLICITADO

--

FIRMANDO A CONTINUACIÓN, SEÑALAMOS NUESTRA CONFORMIDAD, Y AUTORIZAMOS A LA COOPERATIVA A CONFIRMAR LOS DATOS CONSIGNADOS DE LOS CUALES ASEGURAMOS SON CORRECTOS.

--

FIRMA DEL SOCIO (A) SOLICITANTE DEL CRÉDITO

--

HUELLA DIGITAL

REQUISITOS INDISPENSABLES

Original y fotocopia del CIP y D.N.I. del titular
Original y fotocopia del último recibo de luz o agua.
Fotocopia del CIP y D.N.I. de los avales.
Última Boleta de Pago Original y Fotocopia.
(En el caso de promocional 02 últimas Boletas)

OBSERVACIONES

No maltratar el expediente.
No colocar fecha y huella en el pagaré y el contrato.
Las firmas y huella debe ser igual a los D.N.I.

BCO. CONTINENTAL
N° CTA. CTE. SOLES 0011-0114-0100013991-63
CTA. INTERBANCARIA 011-114-000100013991-63
BCO. CREDITO
N° CTA. CTE. SOLES 194-1130459-0-76
CTA. INTERBANCARIA 002-194-001130459076-90
BCO. NACIÓN
N° CTA. CTE. SOLES 00-018-015536
CTA. INTERBANCARIA 018-018-000018015536-28

N° DE TELÉFONO: 319-3120 - LIMA

Filial Ayacucho: ☎ 066-631341 ✉ ayacucho@cacbolognesi.com.pe
Filial Piura: ☎ 073-320304 ✉ piura@cacbolognesi.com.pe
Filial Iquitos: ☎ 065-600551 ✉ iquitos@cacbolognesi.com.pe
Filial Arequipa: ☎ 054-430839 ✉ arequipa@cacbolognesi.com.pe

FIRMA Y SELLO DEL DELEGADO

DATOS PERSONALES DEL AVAL 1

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.P.	D.N.I.	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Cas. <input type="checkbox"/> Solt. <input type="checkbox"/> Viud. <input type="checkbox"/> Conviv. <input type="checkbox"/> Divor. <input type="checkbox"/>	TELÉFONO FIJO		CELULAR	
DIRECCIÓN (Av. Jr. Calle)			Nº	INTERIOR	URBANIZACIÓN (Villas, y otros)		DISTRITO
PROVINCIA	DEPARTAMENTO		TIPO DE VIVIENDA PROPIA CANCELADA <input type="checkbox"/> PROPIA PAGANDOLA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>		TIEMPO DE RESIDENCIA		

DATOS LABORALES DEL AVAL 1

OCUPACIÓN Tcc. SSOO <input type="checkbox"/> Ofic. <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA		ÁREA DEL NEGOCIO		FECHA DE INGRESO	CARGO QUE DESEMPEÑA
DIRECCIÓN (Av. Jr. Calle)			Nº	INTERIOR	URBANIZACIÓN		TELÉFONO / ANEXO
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO		REFERENCIA (Ubicación)			

Firmando a continuación, señalamos nuestra conformidad, y autorizamos a la Cooperativa a confirmar los datos consignados los cuales aseguramos son correctos.

--	--

FIRMA DEL AVAL1

HUELLA DIGITAL

DATOS PERSONALES DEL AVAL 2

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.P.	D.N.I.	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Cas. <input type="checkbox"/> Solt. <input type="checkbox"/> Viud. <input type="checkbox"/> Conviv. <input type="checkbox"/> Divor. <input type="checkbox"/>	TELÉFONO FIJO		CELULAR	
DIRECCIÓN (Av. Jr. Calle)			Nº	INTERIOR	URBANIZACIÓN (Villas, y otros)		DISTRITO
PROVINCIA	DEPARTAMENTO		TIPO DE VIVIENDA PROPIA CANCELADA <input type="checkbox"/> PROPIA PAGANDOLA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>		TIEMPO DE RESIDENCIA		

DATOS LABORALES DEL AVAL 2

OCUPACIÓN Tcc. SSOO <input type="checkbox"/> Ofic. <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA		ÁREA DEL NEGOCIO		FECHA DE INGRESO	CARGO QUE DESEMPEÑA
DIRECCIÓN (Av. Jr. Calle)			Nº	INTERIOR	URBANIZACIÓN		TELÉFONO / ANEXO
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO		REFERENCIA (Ubicación)			

Firmando a continuación, señalamos nuestra conformidad, y autorizamos a la Cooperativa a confirmar los datos consignados los cuales aseguramos son correctos.

--	--

FIRMA DEL AVAL2

HUELLA DIGITAL

DATOS PERSONALES DEL AVAL 3

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.P.	D.N.I.	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Cas. <input type="checkbox"/> Solt. <input type="checkbox"/> Viud. <input type="checkbox"/> Conviv. <input type="checkbox"/> Divor. <input type="checkbox"/>	TELÉFONO FIJO		CELULAR	
DIRECCIÓN (Av. Jr. Calle)			Nº	INTERIOR	URBANIZACIÓN (Villas, y otros)		DISTRITO
PROVINCIA	DEPARTAMENTO		TIPO DE VIVIENDA PROPIA CANCELADA <input type="checkbox"/> PROPIA PAGANDOLA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>		TIEMPO DE RESIDENCIA		

DATOS LABORALES DEL AVAL 3

OCUPACIÓN Tcc. SSOO <input type="checkbox"/> Ofic. <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA		ÁREA DEL NEGOCIO		FECHA DE INGRESO	CARGO QUE DESEMPEÑA
DIRECCIÓN (Av. Jr. Calle)			Nº	INTERIOR	URBANIZACIÓN		TELÉFONO / ANEXO
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO		REFERENCIA (Ubicación)			

Firmando a continuación, señalamos nuestra conformidad, y autorizamos a la Cooperativa a confirmar los datos consignados los cuales aseguramos son correctos.

--	--

FIRMA DEL AVAL3

HUELLA DIGITAL