

Estimado Cliente: favor de llenar en letra de moide.

NOMBRE DEL AGENTE	NUMERO DE CUENTA	AGENTE NUM. C.S.
-------------------	------------------	------------------

MERCANCLAS COMFORT CHAIR

PRECIO DE CONTADO	\$ 4000	PRONTO PAGO ENEFFECTIVO	\$ 100	TOMAO A CUENTA	\$ _____	BALANCE	\$ 4360	SEGURO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Plazos Mensuales NUM.	\$ 6
----------------------	---------	----------------------------	--------	-------------------	----------	---------	---------	--------	--	--------------------------	------

SOLICITANTE

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	NUM. SEGURO SOCIAL	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO	TELEFONOS : 5 años HOGAR : NEGOCIO: Propia
DIRECCION	ESTADO	ZIP CODE	NUM. DEPENDIENTES	<input type="checkbox"/> Propia Tiempo: <input type="checkbox"/> Alquilado _____ años

NOMBRE Y DIRECCION DEL DEUDOR HIPOTECARIO O DUERO DE LA

PROPIEDAD

PAGO MENSUAL DE

RENTA

\$ _____

DIRECCION ANTERIOR	<input type="checkbox"/> Propia Tiempo: <input type="checkbox"/> Alquilado _____ años
--------------------	--

TRABAJO DEL SOLICITANTE Y/U OTROS TRABAJOS

PATRONO	OCUPACION	TELEFONO	Cuento Tiempo: anos
DIRECCION	CALLE	CIUDAD	ESTADO ZIP CODE SUELDO MENSUAL

No incluya ingresos por concepto de pension alimenticia, a manos que desear se consideren como fuente para el pago de esta obligacion.	Estos penstones altrnenticas se rectben conforme a:	Cantidad	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
	Orden judicial Convenio Escrito	Acuerdo Verbal	

PATRONO ANTERIOR	DIRECCION	OCUPACION	Cuento Tiempo	anos
------------------	-----------	-----------	---------------	------

INFORMACION CONYUGE-SI APlica

NOTA El solicitante debera proveer la informacion requerida sobre el conyuge si la contestacion es "SI" a una o mas de las preguntas a continuacion.

1. El conyuge firmard el cuadro del contrto SI_ NO_____
2. Solicitante cuenta con los ingresos del conyuge(o propiedadcomun) para pagar. SI_ NO_____
3. Solicitante cuenta con pension alimenticia, sostenimiento del hijo por el conyuge (o conyuge anterior) para pagar esa obligacion SI_ NO_____

NOMBRE CONYUGE	Fecha de Nacimiento	NUM. SEGURO SOCIAL	
DIRECCION	CALLE	CIUDAD ESTADO ZIP CODE TEL RESIDENCIA TEL OFICINA Cuanto Tiempo _____ anos	
PATRONO			SUELDO MENSUAL
DIRECCION	CALLE	CIUDAD ESTADO ZIP CODE OCUPACION Cuanto Tiempo _____ anos	

REFERENCIAS DE CREDITO (INDIQUE NOMBRE Y NUM. DE CUENTA.)

D E A R J E T A S	ACREEDOR	NÚMERO DE CUENTA	O T R O S	ACREEDOR	NÚMERO DE CUENTA
				ACREEDOR	NÚMERO DE CUENTA

BANCO

DIRECCION DEL BANCO

 Cuenta Corriente Ahorros Prestamos

MARCA Y ANO DEL AUTO	NUM. LICENCIA DE CONDUCIR	NUM. TABALILLA	FINANCIADO POR:
PARIENTE(S) MAS CERCANO(S) QUE NO VIVEIN CON USTED	DIRECCION COMPLETA	TELEFONO.HOGAR	PARFNTFSCO

1.

2.

Favor de
Firmar

Los suscriptores por la presente manifiestan y certifican que todo lo antes expuesto es correcto según nuestro mejor entender y que World Financial Corporation retendrá esta solicitud fuera o no aprobada la misma. Por la presente se autoriza a World Financial Corporation verificar el historial de crédito y de empleo de los suscriptores y a divulgar a cualquier agencia de información operada respecto a sus experiencias de crédito con los suscriptores.

Firma del davder principal

Firma del C onyuge (SI Aplica)

(SOLAMENTE PARA USO DEL BANCO)

Fedio Recbida

DECISION

POR.

Nuk OFICW