

Estimedo cliente: Favor de llenar en letra de molde.

NÚMERO DE CUENTA						NUMERO DE CUENTA		AGENTE NUM. C.S.	
MERCANCÍA Comfort Chair									
								SEGURO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
PRECIO DE CONTADO \$ 222		PRONTO PAGO EN EFECTIVO \$ 222		TOMADO A CUENTA \$		BALANCE \$ 25.53		Plazos Mensuals NUM. 18 \$ ____	
SOLICITANTE									
NOMBRE rtetr reter		Fecha de Nacimiento 2001-06-15		NUM. SEGURO SOCIAL hbj		<input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO		TELEFONOS : 88767687 HOGAR : Móvil NEGOCIO : ____	
DIRECCIÓN erter		CALLE		CIUDAD		ESTADO Camuy		ZIP CODE 234234	
						NUM. DEPENDIENTES		<input type="checkbox"/> Propia Tiempo: <input type="checkbox"/> Alquilado ____ años	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DEUDOR HIPOTECARIO O DUEÑO 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 Trabaja		OCUPACIÓN				TELÉFONO		Cuánto Tiempo: jvjh	
DIRECCIÓN jvjhv		CALLE		CIUDAD		ESTADO		ZIP CODE	
								SUELDO MENSUAL 76576	
No incluya ingrasos por concepto de pension alimenticia, a manos que desae se consideren como fuente para el pago de esta obligacion.				Estes penstones altrnentictas se rectben conforme a: <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Convenio Escrito <input type="checkbox"/> Acuerdo Verbal				Cantidad \$ ____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	
PATRONO ANTERIOR		DIRECCIÓN		OCUPACIÓN		Cunto Tiempo ____ años			
INFORMACION CONYUGE-SI APLICA									
NOTA El solicitante deberá proveer la información requirída sobre el cónyuge si la contestación es "SI" a una o más de las preguntas a continuación. 1. El conyuge firmard el cuardo del contrto SI ____ NO ____ 2. Solicitante cuenta con los ingresos del conyuge(o propiedadcomun) para pagar. SI ____ NO ____ 3. Solicitante cuenta con pension alimenticia, sostenimento del hijo por el conyuge (o conyuge anterior) para pagar esa obligacion SI ____ NO ____									
NOMBRE CÓNYUGE test test2						Fecha de Nacimiento 15 de de mayo de 2001		NUM. SEGURO SOCIAL 3423	
DIRECCIÓN jhvjhvhjk		CALLE		CIUDAD		ESTADO Cabo Rojo		ZIP CODE 324234	
						TEL RESIDENCIA 324234		TEL OFICINA	
								Cunto Tiempo ____ años	
PATRONO Trabaja						SUELDO MENSUAL 23423			
DIRECCIÓN cgsfg		CALLE		CIUDAD		ESTADO		ZIP CODE	
								OCUPACIÓN	
								Cunto Tiempo 34324 años	
REFERENCIAS DE CREDITO (INDIQUE NOMBRE Y NUM. DE CUENTA.)									
D E C R E D I T O S	ACREEDOR		NÚMERO DE CUENTA		O T R O S	ACREEDOR		NÚMERO DE CUENTA	
BANCO		DIRECCION DEL BANCO						<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Prestamos	
MARCA Y AÑO DEL AUTO			NUM. LICENCIA DE CONDUCIR			NUM. TABALILLA		FINANCIADO POR:	
PARIENTE(S) MÁS CERCANO(S) QUE NO VIVEN CON USTED			DIRECCIÓN COMPLETA			TELÉFONO HOGAR		PARENTESCO	
1. test			co yes ref address			87678687		Familiar	
2. testref2			dfdsf			87678678678		Familiar	
Favor de Firmar		Los suscribientes 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 suscribientes y a divulgar a cualquier agencia de información operada respecto a sus experiencias de crédito con los suscribientes.							
<div>Firma del deudor principal</div>					<div>Firma del Cónyuge (Si Aplica)</div>				
					(SOLAMENTE PARA USO DEL BANCO)				
Fedie Recbida					DECISION				

POR.	Nuk	OFICW
------	-----	-------