

CEREDE

Departamento de Bienestar del Personal

Fecha solicitud: _____

Nombre: _____

Rut: _____ Teléfono: _____ E-Mail: _____

Unidad: _____ Grado: _____

Período: _____ Total (\$): _____ Cuotas: _____

FIRMA AFILIADO**SOLIDARIOS CODEUDORES**

Nombre: _____

RUT: _____

Unidad: _____

Fono: _____

Nombre: _____

RUT: _____

Unidad: _____

Fono: _____

FIRMA CODEUDOR_____
FIRMA CODEUDOR

TOMO CONOCIMIENTO QUE, AL FIRMAR COMO CODEUDOR, asumo la deuda del titular en caso de que él no pueda cumplir con sus compromisos, no importando cuál sea el motivo. La deuda se descontará en partes iguales a los dos codeudores, en la cantidad de meses que se encuentren pactadas.

Nota: Este documento tendrá vigencia sólo durante el periodo señalado en esta solicitud.

La firma de los codeudores, debe ser de puño y letra.

