

فرم شماره چهار (۴)

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
صندوق تعاون ورفاه-واحد وام
درخواست تسهیلات از واحد وام

هیئت مدیره محترم واحد وام

احتراما، اینجانب فرزند شماره شناسنامه شماره نظام پزشکی
عضو شماره متقاضی وام ویژه به مبلغ ریال می باشم.
آدرس منزل: تلفن تماس:
آدرس محل کار: تلفن تماس:
توضیحات (ذکر علت وام) شماره تلفن همراه:
امضاء مهر

مشخصات ضامن شماره یک

نام نام خانوادگی شماره شناسنامه صادره از نام پدر شغل
آدرس منزل تلفن تماس:
آدرس محل کار: تلفن تماس:
شماره تلفن همراه: (.....)
امضاء مهر

مشخصات ضامن شماره دو

نام نام خانوادگی شماره شناسنامه صادره از نام پدر شغل
آدرس منزل: تلفن تماس:
آدرس محل کار: تلفن تماس:
شماره تلفن همراه (.....)
امضاء مهر

اینجانبان با امضاء این برگه پرداخت اصل مبلغ وام و کلیه هزینه های مربوط را متضامنا" قبول کرده و تاخیر در پرداخت بیش از دو قسط موجب حال شدن تمام دین شده و اینجانبان منفردا" و متضامنا" و مجتمعا" متعهدیم باقیمانده دین را یک جا به واحد وام بپردازم. همچنین واحد وام سازمان نظام پزشکی حق و اختیار دارد تمام باقیمانده دین را از حساب سپرده وام گیرنده نزد صندوق و یا هر یک از اینجانبان منفردا" مطالبه وصول نماید و اختیار دارد سند تضمینی را تکمیل و استیفاء حقوق نماید.

امضاء ضامن دوم

امضاء ضامن اول

امضاء وام گیرنده