بسمه تعالی

صندوق قرض الحسنه امام حسین (ع) شبکه بهداشت ودرمان اقلید

**برگ درخواست وام و تعهد پرداخت**

مشخصات متقاضی وام : تاریخ درخواست:

نام ونام خانوادگی: فرزند: ش شناسنامه / کد ملی:

شماره شناسایی: شماره تلفن همراه : محل خدمت:

شماره حساب بانک ملت / صادرات :

این جانب با مشخصات فوق متقاضی دریافت وام از صندوق قرض الحسنه شبکه می باشم و به امور مالی اجازه میدهم اقساط ماهیانه را از حقوق این جانب کسر و به حساب صندوق واریز نماید. ضمنا متعهد می گردم در صورت قطع حقوق به هر دلیل، شخصا اقساط ماهیانه را به حساب صندوق واریز و بلافاصله فیش آن را تحویل هیئت مدیره نمایم.

امضاء متقاضی

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**مشخصات ضامنین**:

این جانبان .............................................................. و .............................................................. ضمانت وام آقا/ خانم ..................................................................................................... را به عهده میگیریم و به امور مالی اجازه میدهیم که در صورت به تعویق افتادن وام نامبرده ، اقساط وام ماهیانه از حقوق این جانبان کسر و به حساب صندوق واریز گردد.

امضاء امضاء

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**این قسمت توسط هیئت مدیره تکمیل می شود.**

تاریخ پایان وام قبلی: موجودی: مبلغ وام مصوب: