



بسمه تعالی

صندوق قرض الحسنه شهید شفاعت اورژانس ۱۱۵ یزد
فرم درخواست وام قرض الحسنه

تاریخ: / / ۱۳

شماره وام:

تاریخ درخواست: / / ۱۳

مشخصات وام گیرنده :

نام	نام خانوادگی	نام پدر	ش - ش	محل صدور	تاریخ تولد	کد ملی
					۱۳	
آدرس محل کار:				آدرس منزل:		
تلفن محل کار:		تلفن منزل:		امضاء:		
تلفن همراه:						

مشخصات ضامن و چک ضمانت:

اینجانب شاغل در بامشخصات زیر تضمین مینمایم در صورت عدم پرداخت بدهی توسط وام گیرنده فوق، طبق ضوابط صندوق باقیمانده بدهی دریافت کننده وام راپرداخت نمایم و همچنین به حسابداری وکالت میدهم در صورتی که اقساط وام توسط وام گیرنده پرداخت نگردد اذ حقوق و مزایای اینجانب بصورت کامل و یکجا کسر نماید.
نام پدر ش-ش کد ملی تلفن همراه
تلفن منزل آدرس منزل:
چک شماره بانک شعبه جاری مبلغ ریال

امضاء ضامن

تائیدیه عامل ذیحسابی:

از: امور مالی واحد
به: صندوق قرض الحسنه شهید شفاعت اورژانس ۱۱۵ یزد
بدینوسیله گواهی میشود آقای / خانم با مشخصات فوق الذکر می تواند ماهیانه تا سقف ریال اقساط وام دریافتی خود راباز پرداخت نماید و در ضمن حسابداری متعهد میشود که اقساط وام مذکور تا استهلاك کلیه بدهی طبق اعلام صندوق قرض الحسنه شهید شفاعت اورژانس ۱۱۵ یزد همه ماهه از حقوق و مزایای نامبرده کسر و به حساب صندوق واریز نماید.
مهر و امضاء مسئول امور مالی

مشخصات وام پرداختی :

شماره وام	مبلغ وام / ریال	مدت باز پرداخت	بازپرداخت ماهیانه / ریال	تاریخ اولین قسط	تاریخ آخرین قسط	شماره چک / صادره وام	تاریخ پرداخت چک وام
		ماهه		/ / ۱۳	/ / ۱۳		/ / ۱۳

با پرداخت وام به مبلغ ریال به آقا/خانم موافقت میگردد.

صندوق قرض الحسنه شهید شفاعت اورژانس ۱۱۵ یزد

وام فوق الذکر در تاریخ / / ۱۳ دریافت نمودم و متعهد میگردم تا سه ماه بعد از باز پرداخت آخرین قسط وام خود از موجودی حسابم برداشت ننمایم و در صورت انتقال به استان یا مرکز دیگری که منجر به قطع ارتباط حقوقی اینجانب باشهرستان یزد گردد تمام بدهی خود را به صندوق پرداخت نموده و تسویه حساب نمایم ./.

امضاء وام گیرنده