

تاریخ: / /

شماره وام:

بسمه تعالی

صندوق قرض الحسنه شهید قاسم سلیمانی (مرکز دیابت مرحوم علی خانی)
فرم درخواست وام قرض الحسنه

تاریخ درخواست: / /

مشخصات وام گیرنده و چک ضمانت:

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

چک شماره بانک شعبه جاری مبلغ ریال

مشخصات ضامن

اینجانب شاغل در نام پدر ش - ش

متولد ۱۳ کد ملی تلفن همراه تلفن منزل

آدرس منزل :

آدرس محل کار :

مشخصات تضمین مینمایم در صورت عدم پرداخت بدهی توسط وام گیرنده فوق، طبق ضوابط صندوق باقیمانده بدهی دریافت کننده وام راپرداخت نمایم وهمچنین به حسابداری وکالت میدهم در صورتی که اقساط وام توسط وام گیرنده پرداخت نگردد از حقوق و مزایای اینجانب بصورت کامل کسر نماید.

امضاء ضامن

تائیدیه عامل ذیحسابی:

از: امور مالی واحد

به : صندوق قرض الحسنه شهید سلیمانی (مرکز دیابت)

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 سلیمانی همه ماهه از حقوق و مزایای نامبرده کسر و به حساب صندوق واریز نماید.

مهر و امضاء مسئول امور مالی

شماره حساب رفاه :

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	نام بانک
		ماهه		/ / ۱۳	/ / ۱۳		/ / ۱۳	