



Pasión por la Odontología
Importadora Médica, Farmacéutica,
Odontológica, Hospitalaria, S.A.

Oficinas Centrales

Ruta 6, 8-08, Zona 4 Comercial Yurrita Local # 8
01004 – Guatemala – Ciudad, Guatemala, C.A.

www.imfohsa.com

Email: info@imfohsa.com

PBX: (502) 2331- 8182

Tels: (502) 2360-1605 / 2334-2299 / 2332-0628

Fax: (502) 2331-0780

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CRÉDITO estudiante

Lugar y fecha _____

NOTA: En caso de estudiantes, favor llenar la solicitud con los datos del papá o de la mamá.

Nombres y Apellidos: _____

Nombres y Apellidos del estudiante: _____

Nombre de la empresa: _____

Clínica u oficina:

Dirección: _____ Teléfono: _____

Residencia:

Dirección: _____ Teléfono: _____

REFERENCIAS PERSONALES: amigos o familiares:

1 Nombre: _____ Teléfono: _____

2 Nombre: _____ Teléfono: _____

3 Nombre: _____ Teléfono: _____

REFERENCIAS CREDITICIAS: empresas que le hayan otorgado crédito:

1 Nombre: _____ Teléfono: _____

Contacto en la empresa: _____

2 Nombre: _____ Teléfono: _____

Contacto en la empresa: _____

3 Nombre: _____ Teléfono: _____

Contacto en la empresa: _____

REFERENCIAS DEL GREMIO DENTAL: odontólogos que tengan crédito con IMFOHSA:

1 Nombre: _____ Teléfono: _____

2 Nombre: _____ Teléfono: _____

3 Nombre: _____ Teléfono: _____

CRÉDITO QUE SOLICITA: _____

PAPELERIA QUE DEBERA ADJUNTAR:

Fotocopia de cédula de vecindad

f) _____

Fotocopia del recibo de agua, luz ó teléfono de casa y/o oficina

Carta de referencia de manejo de cuenta del banco del cuál nos entregará los cheques pre-fechaos.