



PRESTAMO A SOLA FIRMA

Importe Solicitado S/.

Importe Aprobado S/.

Apellidos y Nombres (socio)

INST. CIP DNI Unidad / dependencia

Dirección Domiciliaria (completa)

Distrito Provincia Departamento

Teléfono Casa Celular(es) RPM

E-mail

Nombre del Banco Número de Cuenta Número de Cuenta Interbancaria (CCI)

Firma delegado / Socio coordinador

Firma del socio

Huella

Lugar y fecha de de de 20.....

Importe Aprobado	S/.
(-) Seg. Desgrav.	S/.
(-) Aportes	S/.
(-) Prev. Social	S/.
(-) Otros	S/.
Neto a Pagar	S/.

Indicaciones:

- Adjuntar copia legible del DNI con su firma y huella dactilar.
- Enviar documentos al correo emilioguzman@alasppe.pe o credito@alasppe.pe



COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS - OPREFA

Yo,

Institución: (marcar con X) AP EP FAP

identificado con CIP/NA/NSA con DNI N.º.....

domiciliado en

..... distrito provincia.....

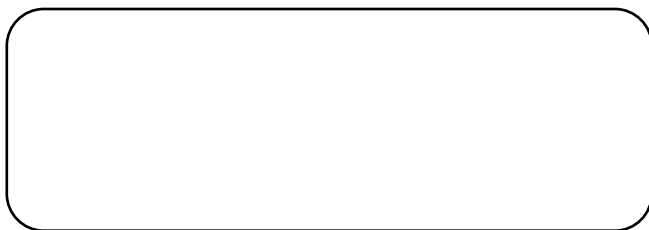
departamentoteléfono(s)

correo E-mail.....

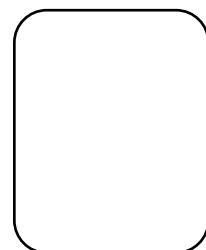
SOLICITO Y AUTORIZO DE MANERA IRREVOCABLE a la COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS, efectuar el descuento por concepto de: Aportes, Previsión Social, Préstamo, crédito de consumo, descuento por avalista solidario(s) y otros que me correspondan pagar como socio, sobre mi pensión mensual, que percibo a través de la OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (OPREFA).

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia, que la COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS, será la única responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas (OPREFA) sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizaré ante la COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS.

Lugar: fecha,/..... del 202....



FIRMA DEL SOCIO



HUELLA DACTILAR



COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR PRÉSTAMO - OPREFA

OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Yo,

Institución: (marcar con X) **AP** **EP** **FAP**

identificado con CIP/NA/NSA con DNI N.º.....

domiciliado en

..... distrito provincia.....

departamentoteléfono(s)

correo E-mail.....

SOLICITO Y AUTORIZO de manera irrevocable, para que procedan a descontar de mi pensión mensual por el concepto de merced conductiva, préstamos, créditos de consumo, descuento por avalista solidario(s) y otros que me corresponde pagar a FAVOR de la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas conforme al servicio de crédito u otro otorgado a mi persona.

MONTO OTORGADO S/

--

CUOTA MENSUAL S/

--

Nº DE CUOTAS

--

Asimismo, autorizo para que la entidad antes mencionada presente mi autorización de descuento ante las instancias correspondientes de la OPREFA y procesen mis descuentos de planilla.

En fe de lo expresado firmo el presente documento como constancia de mi autorización.

Atentamente,

Lugar: fecha,/..... del 202....

--

FIRMA DEL SOCIO

--

HUELLA DACTILAR



COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

Jr. Pachacútec N° 2052 Jesús María - Lima - Telfs.: 4715207 / 4716022 / 4717135 / Fax: 471-3364
www.alaspe.pe E-mail: credito@alaspe.pe

DECLARACION JURADA

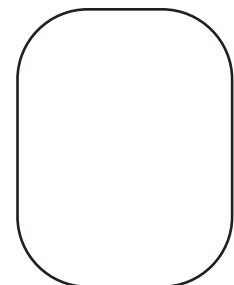
APELLIDOS	NOMBRES	DNI

ENTIDAD BANCARIA	
NRO. CUENTA DE AHORROS	
NRO. CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIA (CCI)	

Declaro bajo juramento que los datos arriba indicados corresponden a la realidad asumiendo enteramente la responsabilidad civil y/o penal por la inexactitud de la misma.

Ciudad, (Fecha) _____

FIRMA



Huella Digital