SINDICATO ESTATAL DE TRABAJADORES AL SERVICIO DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Av. Orizaba Núm. 26 Fraccionamiento Veracruz, Xalapa, Eqz., Ver.
Tel. Fax (228) 815 75 30 y 800 148 33 88

VALE POR: $_____

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE A LA CAJA DE AHORRO DEL SETSUV LA CANTIDAD DE:

$_____(_____)
QUE RECIBO COMO PRESTAMO, MISMO QUE LIQUIDARÉ A TRAVÉS DE _____DESCUENTOS QUINCENALES, A PARTIR DE LA SIGUIENTE QUINCENA EN QUE LO RECIBA, ESTE PAGARE CAUSARA UN INTERES DEL 3% MENSUAL AL SOCIO DE CAJA DE AHORRO Y/O 6% AL NO SOCIO DEL TOTAL DEL MONTO PRESTADO; ACEPTANDO QUE EN CASO DE ADEUDO POR PRESTAMO DE CAJA DE AHORRO, POR MOTIVOS DE SEPARACION DEL SERVICIO, SE APLIQUE DICHO DESCUENTO A MI LIQUIDACION.

_____, VER., a _____ de _____ de _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE **FIRMA DEL AVAL**

DATOS DEL SOLICITANTE (SIN ABREVIATURAS)

No. Personal **Apellido Paterno** **Apellido Materno** **Nombres (s)**

Puesto:_____ **Categoría:**_____
Nivel:_____ **Dependencia:**_____
Zona:_____ **Tipo de Personal:** ☐ **Base** ☐ **Suplente** ☐ **Pensionado**
No. Telefónico:_____

DATOS DEL AVAL (SIN ABREVIATURAS)

No. Personal **Apellido Paterno** **Apellido Materno** **Nombres (s)**

Puesto:_____ **Categoría:** _____
Nivel:_____ **Dependencia:** _____
Zona:_____ **Tipo de Personal:** ☐ **Base**
No. Telefónico:_____

NOTA: Anexar copia del último talón de pago del interesado y aval.
En caso de adeudo, el descuento se aplicará al aval.
Transferencias únicamente a Banamex y al titular de la cuenta

_____
Nombre y Firma del delegado

Favor de agregar número de tarjeta:

setsuvcaja@hotmail.com