

Uso Exclusivo de Oriflame No. D.I.O.

DATOS DEL PATROCINADOR	
Apellidos	Nombre (s)*
No D.I.O.*	

DATOS DEL SOLICITANTE		
Apellidos	Nombre (s)*	
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)*	CURP*	
Calle, no. exterior e interior*	Colonia*	C.P.*
Delegación o Municipio*	Estado *	

Referencias para la ubicación de tu domicilio: _____
 _____ Color de Fachada

Contactos: (_____) (_____) (_____)
 (LADA) + Teléfono Casa* (LADA) + Teléfono Celular* (LADA) + Teléfono Oficina

_____ Horario de contacto en casa* _____ Correo Electrónico* _____ Firma del D.I.O. Solicitante

EN CASO DE SOLICITAR CRÉDITO (ANTES DE COMPLETAR, POR FAVOR VER LOS REQUISITOS DE CRÉDITO AL REVERSO DE ESTA HOJA).

REFERENCIAS PERSONALES (Deben ser diferentes al aval, al patrocinador y al D.I.O. solicitante con teléfono particular).

1 _____ Apellidos Nombre (s)*

Contactos: (_____) (_____)
 (LADA) + Teléfono Casa* (LADA) + Teléfono Celular*

2 _____ Apellidos Nombre (s)*

Contactos: (_____) (_____)
 (LADA) + Teléfono Casa* (LADA) + Teléfono Celular*

AVAL

Apellidos	Nombre (s)*	
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)*	CURP*	
Calle, no. exterior e interior*	Colonia*	C.P.*
Delegación o Municipio*	Estado *	
Contactos: (_____) (_____) (_____)	(LADA) + Teléfono Oficina	
(LADA) + Teléfono Casa*	(LADA) + Teléfono Celular*	
_____ Horario de contacto en casa*	_____ E-mail *	

* Significa Información Obligatoria Nota: Es importante que la información solicitada sea asentada total y correctamente, en caso contrario, nos veremos imposibilitados a darle trámite a su solicitud.

PAGARÉ-ORIFLAME México S.A. de C.V.
PARA USO EXCLUSIVO DE ORIFLAME

Pagaré No: _____

_____ a _____ de _____ de _____

Fecha de Vencimiento*

Importe*

\$

Por este pagaré reconozco deber y me obligo a pagar incondicionalmente en esta Ciudad o en cualquier otra que se me requiera a ORIFLAME (México) S.A. de C.V. o a su orden a la fecha de vencimiento la cantidad de:

(_____)

Importe en letra*

De no verificarse el pago de la cantidad que este pagaré expresa el día de su vencimiento, acepto el pago de los intereses moratorios del ____% por cada mes o fracción pagadero juntamente con el principal, dichos intereses se causarán sobre el capital insoluto conforme a lo dispuesto por el artículo 152 incisos I, II, III, IV, de la ley General de Títulos y Operaciones de crédito.

DATOS DEL DEUDOR

Apellidos

Nombre (s)*

Calle, no. exterior e interior*

Colonia*

C.P.*

Delegación o Municipio*

Estado *

Contactos: (_____)
(LADA) + Teléfono Casa*

Contactos: (_____)
(LADA) + Teléfono Celular*

Firma del D.I.O. Solicitante*

POR AVAL SOLIDARIO

Reconozco deber y pagaré incondicionalmente a la orden de ORIFLAME México, S.A. de C.V. en éstay/o en cualquier otra ciudad que se me requiera de pago.

DATOS DEL AVAL

Apellidos

Nombre (s)*

Calle, no. exterior e interior*

Colonia*

C.P.*

Delegación o Municipio*

Estado *

Contactos: (_____)
(LADA) + Teléfono Casa*

Contactos: (_____)
(LADA) + Teléfono Celular*

Firma del Aval*