|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **KREDİ TALEP FORMU** | Formatı | 144/01 |
| Düzenleme Tarihi |  |

…………………………………. ECZACI ODASI

YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI’NA

 Türk Eczacıları Birliği Yardımlaşma Sandığı’ndan ……………….. ay vadeli, ....……………………TL tutarında …………………………………………………………. kredisi almak istiyorum.

 Kredi kullanacağım banka ile kimlik bilgilerimin ve gerekli kişisel bilgilerimin paylaşılmasına onay veriyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih – imza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **KREDİ KULLANAN ECZACI** | **KEFİL ECZACI** |
| **Adı-Soyadı** |  |  |
| **TC Kimlik Numarası** |  |  |
| **Oda Kayıt Numarası** |  |  |
| **Eczane Adı** |  |  |
| **Eczane Adresi** |  |  |
| **Eczane Telefon Numarası** |  |  |
| **Ev Adresi** |  |  |
| **Ev Telefon Numarası** |  |  |
| **Cep Telefonu Numarası** |  |  |
| **e-mail adresi** |  |  |
| **Banka Adı** |  |  |
| **Şube Kodu ve Şube Adı** |  |  |

**NOT: GEREKLİ DURUMDA 2.KEFİL İSTENECEKTİR.**

**NOT: KREDİ KULLANIMI İÇİN ANLAŞILAN BANKADA HESABINIZ YOKSA EN YAKIN ŞUBE ADINI BELİRTİNİZ**