

## Solicitud para el Programa de Financiamiento de Fototerapia en Casa

- Nombre / Domicilio del solicitante:**

Nombre:	No. de Seguro Social:	
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Teléfono:	Tel. celular:	

- Trabajo:**

Empleador:	Posición:	
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Teléfono:	Desde (fecha):	Hasta (fecha):

- Por favor liste por lo menos a un miembro de su familia que no viva con usted actualmente:**

Nombre:		
Domicilio:	Estado:	Zona Postal:
Teléfono:		
Tel. celular:		

- Financiamiento solicitado:**

Cantidad total de la compra:	Artículo:	
Cantidad del depósito (Por lo menos 50% de depósito requerido para enviar el producto):	Fecha de compra:	
Balance a ser financiado:	# of Meses:	Cargo por financiamiento:
Cantidad del pago mensual:	Fecha del pago mensual ( 15 o 30):	
Número de tarjeta de crédito:	Código V:	Fecha de expiración:

Por el presente certifico que la información contenida aquí es completa y exacta. Esta información ha sido proporcionada en el entendimiento de que será usada para determinar la cantidad y condiciones del crédito a ser extendido a mí por Daavlin para la compra de un dispositivo de fototerapia en casa con receta médica. Entiendo que una vez aprobado, se hará el cargo a mi tarjeta de crédito por un pago al mes hasta que el balance sea pagado. Puedo pagar mi balance en su totalidad en cualquier momento sin penalización.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha