

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)*		R.F.C.*
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)*		R.F.C.*
Calle, no. exterior e interior*	Colonia*	C.P.*
Delegación o Municipio*		Estado *
Contactos: ()	()	()
(LADA) + Teléfono Casa*	(LADA) + Teléfono Celular*	(LADA) + Teléfono Oficina
Horario de contacto en casa*	E-mail *	

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*