

SOLICITUD DE TARJETA DE CREDITO											
NUMERO DE TARJETA						CUENTA					
DATOS PARTICULARES DEL SOLICITANTE TITULAR											
APELLIDO/S Y NOMBRE/S						CUIT <input type="checkbox"/> CUIL <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/>					
Domicilio Particular (Calle y Número)				Código Postal		Localidad / Provincia					
Teléfono Celular		Teléfono Conyuge ó Laboral		Estado Civil		Fecha de Nacimiento					
Estudios Cursados		Vivienda que Habita		Cantidad de hijos -		Edades					
Primario	Secundario	Terciario	Propia	Alquilada							
Correo Electrónico (Obligatorio)						Nacionalidad					
@											
DATOS LABORALES DEL SOLICITANTE TITULAR											
Domicilio Laboral (Calle y Número)				Fecha de Ingreso		Localidad / Provincia					
Actividad del Solicitante		Nombre de la Empresa / Actividad / Profesión				Ingresos Mensuales					
Empleado	Independiente										
REFERENCIAS FINANCIERAS DEL SOLICITANTE											
1º Nombre Banco:		Tipo y Nro de Cuenta:									
2º Posee Tarjeta de Crédito: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre de la Tarjeta que posee (si es SI):									
BIENES REGISTRABLES DEL SOLICITANTE (Automóvil - Moto)											
Tipo:		Marca:		Modelo:		Patente:					
Por medio de la presente autorizo a recibir y utilizar la/s tarjeta/s por mi solicitada/s y a continuación detalladas:											
DATOS DEL 1º ADICIONAL											
APELLIDO/S Y NOMBRE/S				CUIT / CUIL / DNI / LE / LC / CDI		Fecha de Nacimiento		Estado Civil			
Domicilio Particular (Calle y Número)				Teléfono		Ingresos Mensuales					
DATOS DEL 2º ADICIONAL											
APELLIDO/S Y NOMBRE/S				CUIT / CUIL / DNI / LE / LC / CDI		Fecha de Nacimiento		Estado Civil			
Domicilio Particular (Calle y Número)				Teléfono		Ingresos Mensuales					
DATOS PARTICULARES DEL GARANTE (Completar solen caso de presentar Garante)											
APELLIDO/S Y NOMBRE/S						CUIT <input type="checkbox"/> CUIL <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/>					
Domicilio Particular (Calle y Número)				Código Postal		Localidad / Provincia					
Teléfono		Correo Electrónico (Obligatorio)				Fecha de Nacimiento					
@											

P/Tarjeta Pampeana S.A.  
Dr. Pablo M. Campo  
APODERADO  
CUIT: 30-71452748-3

Firma del Titular

Firma del Garante

Firma 1er. Adicional

Firma 2do. Adicional

Aclaración de Firma y DNI

Aclaración de Firma y DNI

Aclaración de Firma y DNI

Aclaración de Firma y DNI