

COMPROMISO DE PAGO SERVICIO DE ORTODONCIA
Módulo de Prestación Global

-----El/la que suscribe.....L.C./L.E./D.N.I.N°.....
afiliado N°....., agente titular/designado al...../...../..... de la Facultad/Istituto.....
con una antigüedad de.....años, constituyendo domicilio real en.....
de la ciudad de..... por este acto se compromete a abonar al I.S.S.U.N.N.E. la suma
de \$..... (Pesos:.....) pagaderos en.....cuotas iguales y
consecutivas de \$.....por el tratamiento de ortodoncia realizado a
su.....también afiliado al I.S.U.N.N.E.-

-----**AUTORIZO a que el compromiso que por la presente se asume me sea descontado paralelamente al recupero establecido por Resoluciones N° 349C.A/92; 364C.A/93; 366C.A./93 y 492C.A./95**, conforme a las reglamentaciones vigentes al efecto. Asimismo declaro bajo juramento que sobre mis haberes NO PESAN, NI SE HALLAN EN TRAMITE EMBARGOS O INHIBICIONES de ninguna naturaleza.-

-----Para el caso de ser insuficiente el límite de crédito ó se produzca la finalización de la relación laboral con la Universidad Nacional del Nordeste, **PAGARE** la suma arriba estipulada y en las condiciones establecida **directamente en la Tesorería o Terminal de Pagos Electronicos del I.S.S.U.N.E. antes del día.....de cada mes**; por lo cual **propongo como fiador solidario** al agente titular de la Facultad/Istituto.....señor/a..... M.I.N°.....afiliado N°.....quién a tal efecto constituye domicilio legal ende la ciudad de.....y que de conformidad firma el presente conjuntamente con el suscripto dejando constancia que son de su pleno conocimiento el compromiso asumido y las reglamentaciones vigentes .-

-----**Declaro conocer y aceptar que a)**antes eventuales **roturas de los elementos** utilizados durante el tratamiento (brackets, placas, etc.) y de corresponder conforme al informe técnico de la ortodoncista, el **costo de la reposición** de los mismos, serán **a mi cargo**. **b) La ausencia injustificada** de dos (2) meses consecutivos del paciente dará lugar a la finalización del tratamiento por abandono, deslindando la Institución su responsabilidad ante el fracaso del mismo, **c) Los gastos de reparación de aparatología fija y removible no están incluidos** en el **costo total del tratamiento** y sus valores están sujetos a lo facturado por el mecánico dental, **d) los brackets estéticos** serán abonados en la terminal eléctrica de pagos del I.S.S.U.N.N.E. por pago directo, **e) Recibo instructivo escrito** sobre manejo y cuidados de la aparatología.-

-----Asimismo manifiesto mi expresa conformidad para que en el caso de que la deuda contraída deba ser objeto de cobro judicial se utilice el procedimiento del juicio ejecutivo establecido por el C.P.C.C.N.; sometiéndome a la jurisdicción del juzgado federal con asiento en la ciudad de Corrientes; constituyendo mi domicilio legal en el declarado precedentemente, en el que serán válidas todas las notificaciones y/o intimaciones que el I.S.S.U.N.N.E. efectúe con motivo del presente documento.-

-----Suscribo el presente ante funcionario/s competente/s quién/es certifica/n la autenticidad del mismo y a tal efecto lo suscribe/n en original y tres copias (original y duplicado para el ISSUNNE, triplicado para el suscripto y cuadruplicado para el fiador solidario).Conjuntamente lo hace el Sr..... M.I.N°.....en carácter de fiador solidario, quién se responsabiliza en forma directa del fiel cumplimiento de todas las obligaciones emergentes del presente documento y presta su total conformidad para que en caso de que el suscripto por cualquier causal no abonara en el tiempo y forma establecido

precedentemente las cuotas respectivas, las mismas le sean retenidas mensualmente de sus haberes hasta su cancelación total. Asimismo declara bajo juramento que a la fecha **NO PESAN NI SE HALLAN EN TRAMITE EMBARGOS E INHIBICIONES** de naturaleza alguna que puedan afectar sus remuneraciones.-

-----A los efectos consignados precedentemente se firma el presente en la ciudad dea losdías del mes dede-

.....
Firma Afiliado

.....
Firma Garante Solidario

Aclaración:.....
D.N.I.N°.....
Afiliado N°
Domicilio:.....
Teléfono:.....

Aclaración:.....
D.N.I.N°.....
Afiliado N°
Domicilio:.....
Teléfono:.....

-----Dejo constancia que los datos de afiliación consignados en el presente documento son correctos.-

VTO. SOLIC.....

VTO. GTE.....

Dpto. Registros, Clasificaciones y Cómputos,.....de.....de.....

.....