



AFILIADA AL CLEARING DE INFORMES

SOLICITUD

Nº

FECHA:/...../.....

1) PRESTAMO ☐ 2) CONVENIO ☐

Localidad

Sección

Tipo de Préstamo

Padrón: Nombre: C.I.:

Tel: Dirección de Mail:

1) Sr. Presidente de SERMASFOSE:

Solicito de ese fondo un préstamo de \$/U\$S..... pagadero en mensualidades, para el cumplimiento de la/las obligación/es que genere esta solicitud de préstamo y sin perjuicio de la afectación general de bienes, cede a SERMASFOSE los haberes, salarios, sueldos, jornales, aguinaldos, indemnizaciones, jubilaciones, pensiones, complementos jubilatorios, complementos pensionarios, retiros o cualquier otro concepto salarial, indemnizatorio o diferencial que me corresponda o me pueda corresponder en mi calidad de funcionario/empleo de O.S.E./ O.S.E - U.G.D. o jubilado o pensionista, a cuyos efectos autorizo a O.S.E./ O.S.E - U.G.D. a efectuar los descuentos y/o retenciones que sean necesarios sobre dichos rubros, hasta obtener la cancelación de la obligación generada por este acto. En caso de jubilarme autorizo a la institución a realizar la refinanciación de mis adeudos con la misma, de manera que la deuda sea descontada del complemento jubilatorio. Autorizo también el débito de las sumas que correspondan de mi cuenta bancaria. Autorizo a las Obras Sanitarias del Estado a que proporcione a SERMASFOSE toda la información relativa a mis haberes, en los términos de la ley 18.331. La cuota del préstamo se vera incrementada en un por concepto de cobertura de seguro de vida. Por concepto de tasa de administración de cobrara un 1% sobre el monto autorizado. En caso de cancelación anticipada o renovación de préstamo, los intereses a deducir serán gravados con un 2% de gastos administrativos. En caso de realizar un plazo fijo en moneda extranjera, me comprometo a asumir la deuda que surja del vencimiento de dicho plazo fijo, por concepto de variación de la cotización.

ME COMPROMETO A PERMANECER AFILIADO POR UN PLAZO MÍNIMO DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA CANCELACIÓN DE MI PRÉSTAMO Y ACATAR TODAS LAS REGLAMENTACIONES Y RESOLUCIONES RESUELTAS POR EL CONSEJO DIRECTIVO.

2) EMPRESA / CONVENIO

INDIQUE LA EMPRESA DE ENVIO

ARTICULO	MARCA	DESCRIPCION	CUOTAS ELEGIDAS			
			12	15	20	24

OBSERVACIONES:

El asociado declara que la presente autorización y modalidad de descuento para la adquisición de los bienes o servicios ofrecidos por el PROVEEDOR no implica responsabilidad alguna de SERMASFOSE por los bienes o servicios que se adquieren, siendo de su exclusiva responsabilidad informarse por los bienes o servicios ofrecidos por el PROVEEDOR. En consecuencia, cualquier reclamo derivado o relacionado con los bienes adquiridos o del incumplimiento de las obligaciones contractuales o legales aplicables, deberán ser dirigidos al PROVEEDOR, manteniendo a SERMASFOSE indemne por tal circunstancia.

Firma del solicitante

USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN

Fecha	Monto Concedido	Tasa Anual	Plazo	Monto de la Cuota	Mes de Alta 1ra. Cuota	Mes de Baja Ultima Cuota

AUTORIZACIÓN

FECHA:/...../.....

ACTA Nº

ADMINISTRACIÓN

CONSEJO DIRECTIVO