



AFILIADA AL CLEARING DE INFORMES

Nº

VALE

Por la cantidad de PESOS URUGUAYOS (\$), que debo y pagare al **SERVICIO MUTUO de ASISTENCIA para FUNCIONARIOS y EX FUNCIONARIOS de la ADMINISTRACIÓN de las OBRAS SANITARIAS del ESTADO** o a su orden, en el domicilio de la institución acreedora o donde esta indique en

(.....) cuotas iguales mensuales y consecutivas de pesos uruguayos (\$.....).

La primera se abonara con el pago de los haberes del mes de, la falta de pago de dos cuotas sucesivas en forma estipulada, producirá la mora, sin necesidad de interpelación judicial o extra judicial y hará exigible el saldo impago de este vale, operandose de pleno derecho la caducidad de los plazos, el interés moratorio sera el máximo legal vigente, se calculara sobre la totalidad del saldo adeudado y se devengara desde el incumplimiento hasta el efectivo pago, serán de cargo del deudor todo los gastos judiciales y/o extra judiciales a que de lugar esta obligación, así como los impuestos que graven esta operación, se estipula la competencia de los jueces del departamento de Montevideo, constituyendo el deudor domicilio en el indicado mas abajo, autorizo el descuento y/o retención sobre mis haberes, salarios, sueldos, jornales, aguinaldos, indemnizaciones, jubilaciones, pensiones, complementos jubilatorios, complementos pensionarios, retiros, así como sobre cualquier otro concepto salarial, indemnizatorio o diferencial que me correspondan o puedan corresponder en mi calidad de funcionario/empleado de O.S.E. / O.S.E - U.G.D., o jubilado o pensionista. Autorizo también al débito de las sumas que correspondan de mi cuenta bancaria....., tanto para el pago de las cuotas mensuales como de los saldos deudores, intereses, costas y costos que se generan por atraso en los pagos de dichas cuotas, aun en caso de renuncia a aquel organismo, también autorizo al descuento para el pago de saldos, intereses, costas, costos y cuotas a vencer, del rescate de fondos o crédito consolidado que pudiera corresponder en SERMASFOSE o de toda otra suma que por cualquier concepto resultare a mi favor o al de mis causahabientes.

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.

**EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DEL DEUDOR PRINCIPAL AL MES SIGUIENTE SE ACTIVARA
EL DESCUENTO SOBRE EL DEUDOR SOLIDARIO.**

DEUDOR PRINCIPAL	DEUDOR SOLIDARIO
Fecha / /	Fecha / /
Lugar	Lugar
Domicilio Completo	Domicilio Completo
Departamento	Departamento
Localidad	Localidad
Nombres	Nombres
Apellidos	Apellidos
C.I. -	C.I. -
Firma	Firma