



AFILIADA AL CLEARING DE INFORMES VALE

Por la cantidad de DOLARES que debo y pagaré al SERVICIO MUTUO DE ASISTENCIA SOCIAL PARA FUNCIONARIOS Y EX FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACION DE LAS OBRAS SANITARIAS DEL ESTADO o a su orden, en el domicilio de la institución acreedora o donde ésta indique en en cuotas iguales, mensuales y consecutivas en dolares.(U\$S ...)

La primera cuota se abonará con el pago de los haberes del mes de La falta de pago de dos cuotas sucesivas en la forma estipulada, producirá la mora sin necesidad de Interpelación judicial o extrajudicial y hará exigible el saldo impago de este vale, operándose de pleno derecho la caducidad de los plazos. El interés moratorio será el máximo legal vigente, se calculará sobre la totalidad del saldo adeudado y se devengará desde el incumplimiento hasta el efectivo pago. Serán de cargo del deudor todos los gastos judiciales y / o extra judiciales a que dé 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 más abajo. Autorizo el descuento y/o retención sobre mis haberes, salarios, sueldos, jornales, aguinaldos, indemnizaciones, jubilaciones, pensiones, 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, cuotas y costos que se generan por atraso en los pagos de dichas cuotas, aún en caso de renuncia a aquel Organismo. También autorizo al descuento para el pago de saldos, intereses, costas y 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
Fecha :
Lugar :
Domicilio :
Localidad :
Nombres :
C.I. N° :

DEUDOR SOLIDARIO
Fecha :
Lugar :
Domicilio :
Localidad :
Nombres :
C.I. N° :

FIRMA

FIRMA
