



AFILIADA AL CLEARING DE INFORMES

FECHA: ____ / ____ / ____

SOLICITUD DE COMPRA

PADRON: _____ NOMBRE: _____ CEDULA: _____

TELEFONO: _____ DEPARTAMENTO: _____ LOCALIDAD: _____

Para el cumplimiento de la/las obligación/es que genere esta solicitud de compra 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 se 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.

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.

EMPRESA/CONVENIO**EMPRESA DE ENVÍO**

El asociado declara ser consciente del costo de envío de el/los artículo/s solicitado/s y se compromete a abonar al contado contra entrega de la mercadería.

ARTÍCULO Y DESCRIPCIÓN**MONTO****PLAZO**

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	Taza Anual	Plazo	Monto de la Cuota	Mes de Alta 1ra. Cuota	Mes de Baja Última Cuota

AUTORIZACIÓN

FECHA: ____ / ____ / ____

ACTA N° _____

ADMINISTRACIÓN

CONSEJO DIRECTIVO