

Pagaré

Debo y pagaré a la orden de Clínica Ciudad del Mar S.A., RUT N° 96.885.950-1, persona jurídica del giro de su denominación, con domicilio en calle 13 Norte N° 635, comuna y ciudad de Viña del Mar, en adelante también denominada “Clínica Ciudad del Mar” o “la Clínica”, la suma de \$ _____ pesos moneda legal (_____

_____ pesos);

suma que se pagará a más tardar el día _____ de _____ del año _____.

El no pago íntegro y oportuno del capital adeudado y estipulado en el párrafo precedente facultará a Clínica Ciudad del Mar S.A. para hacer exigible de inmediato, como si fuere de plazo vencido, el total de la obligación que estuviere pendiente, en cuyo caso me obligo a pagar intereses penales a contar del día siguiente de la mora y hasta el de su completo y efectivo pago total, a una tasa igual a la máxima permitida estipular para obligaciones en moneda nacional no reajustables vigente al tiempo de la mora.

Todas las obligaciones que emanen de este Pagaré serán solidarias para el o los suscriptores y demás obligados a su pago, y serán indivisibles de conformidad a los artículos 1526 N° 4 y 1528 y 1531 del Código Civil.

Libero al acreedor de la obligación de protesto y, constituyo para todos los efectos legales domicilio en la comuna y ciudad en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento y me someto a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de Justicia; sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A) de la Ley N° 19.496.

La suscripción del presente Pagaré no constituye, en modo alguno, novación de las obligaciones que mediante éste se documentan.

Todos los gastos legales por concepto de reajuste, intereses, cobranza extrajudicial, impuestos de timbre y estampillas, derechos notariales correspondientes a autorización de firmas y protesto para el caso que fuere aplicable, y demás tributos a que se encuentre afecto este Pagaré, como a sus recibos, cancelaciones, y gastos asociados a la cobranza judicial son de cargo exclusivo de su suscriptor(es).

Autorizo y faculto expresamente a Clínica Ciudad del Mar S.A. a realizar las gestiones pertinentes para la legalización (autorización) de mi firma ante notario.

Nombre Suscriptor: _____

Rut: _____ Domicilio Suscriptor: _____

Nº: _____ Villa: _____ Comuna: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Firma Suscriptor

En Viña del Mar, a _____ de _____ del _____

Nombre Suscriptor: _____

Rut: _____ **Domicilio Suscriptor:** _____

Nº: _____ **Villa:** _____ **Comuna:** _____

Ciudad: _____ **Teléfono:** _____

Correo Electrónico: _____

Firma Suscriptor

En Viña del Mar, a _____ **de** _____ **del** _____

Nombre Suscriptor: _____

Rut: _____ **Domicilio Suscriptor:** _____

Nº: _____ **Villa:** _____ **Comuna:** _____

Ciudad: _____ **Teléfono:** _____

Correo Electrónico: _____

Firma Suscriptor

En Viña del Mar, a _____ **de** _____ **del** _____

Instrucciones:

En virtud de lo previsto en el artículo 11º de la Ley N°18.092 sobre letras de cambio y pagaré instruyo y faculto a Clínica Ciudad del Mar S.A. como mandatario para que proceda a incorporar al presente pagaré el monto adeudado y la fecha de vencimiento de este. Del mismo modo, la faculto e instruyo para incorporar en el presente Pagaré como monto o suma de dinero a pagar, la que corresponda al valor de todas las prestaciones de salud y servicios de salud clínicos y asistenciales ya entregadas o, que entregue la aludida Clínica a mi y/o a don(a) _____ y, en el caso de prestaciones de orden obstétrico, a su Recién Nacido; más los intereses devengados e impuestos que se hubieren generado con ocasión de la prestación de dichas atenciones de salud y de la emisión de este Pagaré, los gastos de Notaría y el Impuesto de Timbres y Estampillas en caso de estar afecto al mismo y/o el que la ley estableciere al efecto.

Firmar Suscriptor (es)