

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOORTE PARA SERVICIOS DE TURISMO**

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**AI CONSEJO DIRECTIVO**

**A.M.U.C.**

Presente

Me dirijo a Uds. a fin de solicitarle a **A.M.U.C.** la cantidad de Pesos..... (\$ \_\_\_\_\_), a devolver en ..... cuotas iguales y consecutivas. A tal efecto, autorizo a la mutual al descuento de mis haberes el importe de la cuota mensual acordada.

Suscribe la presente como codeudor/ (Art. Nº12) el/los socios Nº ..... el/los señor/es....., quienes lo hacen sin reserva de ninguna índole, los que declaran conocer y aceptar lo dispuesto en el citado Reglamento.

En caso de ser dado de baja como socio de la Mutual, por haber cesado en S.O.S.U.N.C. y/o en la U.N.Co. o por causales del Art. Nº 10 del Estatuto de la Mutual, me comprometo a reintegrar en su totalidad los importes adeudados.

El siguiente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas en los Artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

\_\_\_\_\_  
Codeudor Art. Nº 12

\_\_\_\_\_  
Solicitante

DATOS DEL SOLICITANTE				
APELLIDO Y NOMBRE :				Socio Nº:
Dependencia en la U.N.C.:			Domicilio Particular:	
Fecha ingreso S.O.S.U.N.C y/o U.N.C:			Remuneración sin Salario Familiar: \$	
Docente	Categoría:	Dedicación:		Fecha Alta y Baja:
No Docente	Categoría:			Fecha Alta y Baja:
Teléfono:		E-mail particular:		
DATOS DE LA CUENTA BANCARIA				
Titular:		Banco:	Cta.Cte.	C.Ahorro
Cuit:		CBU:		
Nº:				

DATOS DEL CODEUDOR				
APELLIDO Y NOMBRE:				Socio Nº:
Dependencia en la U.N.C.:			Domicilio Particular:	
Fecha ingreso S.O.S.U.N.C y/o U.N.C:			Remuneración sin Salario Familiar: \$	
Docente	Categoría:	Dedicación:		Fecha Alta y Baja:
No Docente	Categoría:			Fecha Alta y Baja:
Teléfono:		E-mail particular:		

**NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA PARA EL GARANTE:**

A.M.U.C. (Asociación Mutual Universitaria Comahue) le informa que en caso de no cancelarse las cuotas mensuales en forma total por el Solicitante del aporte reintegrable, el monto adeudado le será descontado de sus haberes en el mes siguiente de producirse la mora.

Queda Ud. debidamente **NOTIFICADO**

Aclaración: \_\_\_\_\_

Afiliado Nº: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Garante