

PAGARE A LA VISTA
(SIN PROTESTO)

Debo y pagaré a la vista y a la orden de Clínica Vespucio S.A., Rol Único Tributario N° 96. 898.980-4, en su domicilio de Avenida Serafín Zamora 190, comuna de La Florida, lugar de pago, la cantidad de \$.....(.....pesos), por concepto de capital.

INTERES: A contar de esta fecha, el capital adeudado devengará intereses para operaciones no reajustables, a una tasa igual a la máxima convencional fijada mensualmente por la autoridad a la fecha de suscripción del pagaré, a menos que la que rija hasta el pago efectivo sea superior, en cuyo caso se cobrará esta última.

INDIVISIBILIDAD: Todas las obligaciones derivadas de este pagaré, se considerarán indivisibles para el suscriptor, herederos y/o sucesores, para todos los efectos legales.

IMPUESTOS, DERECHOS Y GASTOS: Los gastos notariales por autorización de firma e impuestos que se devenguen con ocasión de este pagaré, inclusive los gastos notariales derivados del protesto si éste se produjese, serán de cargo exclusivo del suscriptor.

PROTESTO: Libero al tenedor de este pagaré de la obligación de protesto.

TRATAMIENTO DE DATOS: En este acto, en forma expresa y para los efectos de obtener la integridad del pago de las obligaciones representadas en este instrumento, autorizo a Clínica Vespucio S.A., en los términos señalados en el Artículo 4 de la Ley N° 19.628, para que, en el sólo evento de incurrir en mora en el pago de la suma señalada en el presente pagaré, ésta ingrese los datos personales del deudor, nombre, rut, monto de la deuda y acreedor, todo ello en lo referido a las obligaciones que emanan del presente pagaré, en DICOM o, si esta última no existiere, en algún sistema de información comercial, facultando expresamente para que se realice su digitación, procesamiento y comunicación, sea pública o privada, en línea o en cualquier otra forma. Esta autorización puede ser revocada sólo por escrito, no teniendo dicha revocación efecto retroactivo.

DOMICILIO Y COMPETENCIA: Para el solo efecto de la eventual cobranza judicial de la suma adeudada, constituyo domicilio en la comuna en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento, sometiéndome a la jurisdicción y competencia de sus Tribunales.



0000000

El impuesto de Timbres y Estampillas que grava este documento se paga por ingresos mensuales en dinero en Tesorería, según D.L. N° 3475, artículo 15.

En Santiago a.....de.....de 20.....

Nombre del deudor:

Cédula identidad:

Domicilio:

Comuna: Ciudad:

.....
Firma Deudor

Autorizo la firma puesta en este documento por don.....