

MANDATO ESPECIAL PARA PAGARE

Con el objeto de facilitar el pago de cualquier suma de dinero que el mandante don.....adeude o llegare a adeudar a Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A., R.U.T. N° 96.530.470-3, ubicada en calle Recoleta N° 464, comuna de Recoleta, Santiago, y que diga relación con la prestación de servicios de salud que ella haya otorgado u otorgue directamente a él o a don o doña....., cédula de identidad N°, incluyéndose días cama, derechos de pabellón, fármacos, materiales clínicos e insumos, prótesis, órtesis, exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos, honorarios profesionales, visitas médicas, consultas médicas y gastos de hotelería asociados a la respectiva hospitalización, más los impuestos correspondientes, el firmante viene en conferir poder especial a Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A. para que, en su nombre y representación, proceda al lleno del pagaré N°....., fijando en el mismo el monto adeudado y su fecha de vencimiento, todo ello en beneficio de la mandataria.

Adicionalmente, y con el mismo propósito expuesto precedentemente, el suscrito y poderdante solicita y autoriza para que en el valor total de las prestaciones se incluyan los honorarios médicos que se hayan generado durante la permanencia del paciente en la Clínica, como también las prestaciones médicas hospitalizadas, farmacéuticas, exámenes, consultas, tratamientos, materiales clínicos e insumos que debieren proporcionarse, en su caso, al recién nacido, más los impuestos que correspondan.

El presente mandato autoriza a la Clínica para incluir en el monto adeudado los gastos de Notaría, en caso de protesto del mismo y el Impuesto de Timbres y Estampillas en caso de estar afecto al mismo.

El pagaré a que se refiere el presente mandato no constituye en modo alguno novación de las obligaciones que mediante él se documentan.

El firmante declara que el presente mandato es gratuito y se entiende que el mandatario dará cuenta del mismo mediante la entrega del detalle de la cuenta generada por el paciente ya indicado. Este mandato se extinguirá una vez que se pague el total de la cuenta generada por el paciente ya individualizado.

DATOS DEL FIRMANTE

NOMBRES Y APELLIDOS.....

CEDULA DE IDENTIDAD.....

DOMICILIO.....

FECHA.....

.....
FIRMA

PAGARE

Nº

Debo y pagaré a la orden de Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A., rol único tributario Nº 96.530.470-3, en su domicilio de Avenida Recoleta Nº 464, la cantidad de \$..... pesos moneda legal. La suma antes expresada la pagaré a más tardar el día dedel año.....

El no pago oportuno del capital anteriormente estipulado facultará a Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A. para hacer exigible de inmediato el total adeudado, en cuyo caso me obligo a pagar intereses penales a contar del día siguiente de la mora y hasta su 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 él o los suscriptores y demás obligados a su pago, y serán indivisibles conforme a los artículos 1.526 Nº 4, 1.528 y 1.531 del Código Civil.

Libero al tenedor de la obligación de protesto y, para los efectos 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.

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 Dávila y Servicios Médicos S.A., en los términos señalados en el Artículo 4 de la Ley Nº 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 y los antecedentes de la mora, todo ello en lo referido a las obligaciones que emanan del presente pagaré, en algún sistema de información comercial, facultando expresamente para q u e 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.

En Santiago, ade.....de.....

NOMBRE DEL SUScriptor DEL PAGARE.....

R.U.T.....

DOMICILIO DEL SUScriptor DEL PAGARE (calle o pasaje).....

Nº.....Villa.....Comuna.....Ciudad.....

FIRMA DEL DEUDOR (suscriptor del pagaré):.....

INSTRUCCIONES

En virtud de lo previsto en el artículo 11 de la Ley Nº 18.092 sobre letras de cambio y pagaré, instruyo a Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A. para que proceda a incorporar la fecha de vencimiento del presente pagaré. Asimismo, faculto e instruyo a Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A. para incorporar el monto o suma de dinero correspondiente al valor de las prestaciones de servicios de salud que haya otorgado u otorgue la Clínica al Paciente Don(ña).....

En Santiago, ade.....de.....