



Mutual
Carlos Pellegrini
Rosario

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

ASOCIADO N°:

Rosario (Santa Fe), de de

Sres. Consejo Directivo:

Quien suscribe,

COMPLETAR

solicita a Uds. se lo admita en carácter de asociado, a cuyo efecto declara reunir las condiciones establecidas por el Estatuto, cuyo texto conoce y acepta, y una vez concretada la afiliación autoriza a que las liquidaciones mensuales de la Mutual sean descontadas de su recibo de sueldo y/o caja de ahorros.

Asimismo manifiesta, con carácter de declaración jurada, que toda la información consignada en la presente es exacta y verdadera.

FIRMAR

Firma del Solicitante

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y nombres:

DNI / LC / LE / CI / PASAPORTE N°: CUIL / CUIT N°:

Domicilio particular:

Localidad: Código postal:

Provincia:

Teléfono celular: Teléfono fijo particular:

E-mail personal:

Fecha y lugar de nacimiento:

Nacionalidad: Estado civil:

Profesión:

Actividad económica u ocupación principal:

N° de Legajo BNA: Sucursal BNA:

Domicilio comercial:

Volumen de ingresos / facturación anual:

Apellido y nombres del cónyuge: D.N.I.:

Presentado por (indicar nombre, apellido y DNI del asociado referente):

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

ACEPTADO - RECHAZADO

Rosario, / /

Categoría de Asociado: ACTIVO - ADHERENTE - PARTICIPANTE

Acta N°

PARA MUTUAL

Secretario/a

Presidente

Sucursal: Código Casa:

Caja de Ahorros N°: C. e. N°:

Lugar y Fecha:

COMPLETAR

En mi carácter de titular de la cuenta citada, solicito al Banco de la Nación Argentina que considere la posibilidad de mi adhesión al sistema del título, para aplicar al pago del importe informado por la Mutual de Asistencia Social y Económica para Bancarios "Dr. Carlos Pellegrini", en adelante La Mutual, correspondiente a la cuota mutual y por todos los gastos y consumos que realice a través de La Mutual.

Asimismo me notifico que en caso de acceder el Banco a la presente solicitud, el Sistema se regirá por las condiciones que se describen a continuación que declaro conocer y expresamente aceptar:

a) Los importes enviados mensualmente por La Mutual, serán debitados de mi cuenta en el día de pago de haberes de conformidad a la información que bajo su exclusiva responsabilidad La Mutual brinde al Banco, en los términos del Convenio oportunamente celebrado entre ambas entidades.

b) Autorizo al Banco para que brinde a La Mutual la información correspondiente a los datos identificatorios de la cuenta a través de la cual se llevará a cabo la operatoria que solicito, eximiéndolo de toda responsabilidad al respecto.

c) Debo adoptar las provisiones necesarias para tener saldos suficientes en mi cuenta en el momento en que se produzca el Débito correspondiente. La comunicación de las respectivas fechas de vencimiento será a exclusivo cargo de La Mutual, conforme al procedimiento que en tal sentido la misma adopta.

d) El Banco podrá procesar las modificaciones de oficio del número de cliente generado por La Mutual, a efectos de continuar vinculado al Débito Automático, sin otra autorización más que la presente.

e) A partir de la firma de la presente tomo conocimiento, que las cuotas serán debitadas de mi cuenta, considerando para ello la fecha en que La Mutual haga entrega de esta Carta Compromiso al Banco, considerando para ello:

• Solicitud presentada hasta el día 15 del mes de cita, los débitos comenzarán a efectuarse con el depósito del sueldo del mes en curso.

• Si fuera presentado con posterioridad al 15, los débitos comenzarán a efectuarse con el depósito del mes siguiente.

f) Serán a mi cargo las comisiones y/o gastos que el Banco perciba por expedir la certificación del Débito imputado, solicitado por mi parte.

g) En el caso de solicitar la baja al Sistema la considerará acorde según los parámetros fijados en la cláusula a.

h) En caso de producirse el cierre de mi cuenta o insuficiencia en el saldo de la misma, el Banco rechazará el pago de los importes enviados por La Mutual, haciéndome responsable por los importes por mora y todo otro cargo ocasionado por la falta de pago en término y demás consecuencias por las disposiciones vigentes para tal supuesto.

i) Correrá por mi cuenta aclarar todos los diferendos que pudieran suscitarse con La Mutual, por los importes debitados en mi cuenta.

j) El Banco de la Nación Argentina podrá dejar de prestar este servicio -sin incurrir en responsabilidad alguna- por las siguientes causas:

- 1) Falta de fondos suficientes al momento de corresponder el débito
- 2) Cierre de la cuenta bancaria debido a cualquiera de las causas previstas en las normas en vigencia
- 3) Por voluntad del suscripto
- 4) Por otras causas a criterio del Banco.

En mi carácter de titular de la cuenta arriba mencionada autorizo al Banco de la Nación Argentina a debitar en el futuro el importe informado por La Mutual correspondiente a la cuota mutual y por todos los gastos y consumos que haya realizado a través de La Mutual, careciendo de derecho a reclamación alguna sobre los citados débitos.

N° de cliente para la empresa: N° de tarjeta de Red Link:

COMPLETAR

Firma

Aclaración de Firma

Tipo y N° de Documento

CERTIFICACIÓN DE FIRMA DE PARTE DE LA SUCURSAL

Se certifica que la firma precedentemente insertada es auténtica y pertenece al Sr./a.

quien forma parte de la dotación de la Institución, con una antigüedad de ____ años.

FIRMA Y SELLO GERENTE O CONTADOR

Lugar y Fecha

Firma Autorizada

Sello de la Sucursal