



ASOCIACIÓN
MUTUAL Y SOCIAL DEL
PERSONAL DE
VIALIDAD
NACIONAL

AUTORIZACION DE DESCUENTO

Autorizo por medio de la presente a que la Asociación Mutua y Social del Personal de Vialidad Nacional, que gestione ante la Dirección Nacional de Vialidad el débito en mis haberes de Cuotas mensuales de \$ cada una, en concepto de Ayuda Económica y/o Prestamos Personal por la suma de \$ y a cuyo efecto la ASOCIACIÓN MUTUAL me ha prestado su fianza. -

De no producirse el descuento por razones del sistema o cualquier otro motivo no imputable a la ASOCIACIÓN MUTUAL, me comprometo a abonar en la Sede de la MUTUAL el importe de la cuota respectiva entre el 7 y el 12 del mes que se produce el vencimiento. En caso de no dar cumplimiento a lo convenido precedentemente, la MUTUAL sin necesidad de requerimiento alguno devengara además de los intereses compensatorios, el interés punitivo que admita el Banco Nación de la República Argentina. -

En caso de renuncia o cualquier otra forma de cese de mis funciones, autorizo a que la ASOCIACIÓN MUTUAL, de por vencidos todos los plazos de las cuotas pendientes de pago, pudiendo exigir en consecuencia el pago total de ellas, a cuyo efecto autorizo a la MUTUAL para que solicite ante el organismo que presto servicio para que proceda a descontar de la liquidación final la diferencia que adeudare a la fecha del cese de mis funciones. -

Si la suma resultante de dicha liquidación final no resultare suficiente para cancelar la mencionada diferencia en la Sede de la ASOCIACIÓN MUTUAL, dentro de los treinta (30) días del cese de las funciones, en caso de vencer dicho plazo, la Mutua sin necesidad de requerimiento alguno devengara además los intereses compensatorios, el interés punitivo que admita el Banco Central, como así también la comunicación al Banco Central de la República Argentina de la deuda vigente.

Para el caso de ejecución quedara sometido a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de Cap. Fed., con renuncia a todo otro fuero o jurisdicción que pudiere corresponder.

NOMBRE Y APELLIDO

D.N.I. N°

DOMICILIO

LOCALIDAD / PROVINCIA

En Buenos Aires, a los días del mes de del año 20.....-

.....
Firma Afiliado

.....
Firma Autorizada Mutua