



PAGARÉ

N°.....-202..

VENCIMIENTO:DEDEL 202...

N° CONTRATO DE CREDITO N°:

NOMBRE DE DEUDOR:

IMPORTE SOLES:

Por medio de este Pagaré prometo/temos pagar incondicionalmente a la **ASOCIACION MUTUALISTA SANITARIA DEL PERÚ, con RUC N° 20186830670** a su orden o a quien este hubiera endosado el presente título, en sus oficinas de esta ciudad o donde se presente este título para su cobro, la suma deSOLES, importe recibido a mi/nuestra entera satisfacción y que me/nos obligó/obligamos a pagar en la misma moneda antes expresada, el día arriba indicado como vencimiento, en el local de **ASOCIACION MUTUALISTA SANITARIA DEL PERÚ** de esta ciudad o en el lugar que se me/nos presentare para su respectivo cobro.

Es expresamente establecido que si no cumpliese con pagar este Pagaré a su vencimiento, **LA ASOCIACION** podrá, además de los intereses moratorios y compensatorios a la tasa efectiva anual de _____% calculada sobre la base de 360 días, y que se devenguen desde la fecha de emisión de este Pagaré hasta el día de su vencimiento, quedando estipulado que, si no efectuase/mos el pago del capital más los intereses acordados al vencimiento del presente título valor abonare/mos los intereses moratorios y compensatorios a una tasa nominal anual de _____%, hasta la cancelación del monto total liquidado, más los gastos de cobranza, gastos notariales, judiciales, extrajudiciales y otros si los hubiese.

En amparo de lo dispuesto por el Artículo 1233 del Código Civil, el emitente declara que en la eventualidad de que el presente título se perjudicará por cualquier causa, tal hecho no extinguirá la obligación primitiva original. Asimismo, Acepto/aceptamos y doy/damos por validas desde ahora todas las renovaciones y prorrogas totales o parciales que se anoten en este documento, aun cuando no estén suscritas por mi/nosotros, así como a no hacer más prorrogas desde la fecha de notificación notarial.

Este título no está sujeto a protesto por falta de pago, salvo lo dispuesto en el Artículo 81.2 de la ley N° 27287 y sus normas complementarias y/o modificatorias.

FIRMA DEL ASOCIADO Y/O FIADOR

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Apellidos y Nombres del Cliente _____

D.N.I. _____

Estado civil: _____

Domicilio _____



Huella Dactilar

Firma del Asociado

Datos Del Garante (Fiador Solidario)

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____

Dirección: _____



Huella Dactilar

Firma del Garante