



**SOCIEDAD CHILENA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR**  
**RUT: 70.008.590-2**

**FORMULARIO MANDATO**

---

**DATOS MANDANTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Razón social \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL MANDANTE**

Dirección completa \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_

**Nº DE TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO**

Particular \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**DATOS BANCARIOS DEL MANDANTE**

Banco \_\_\_\_\_

Nº Cta. Cte. \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_

Fecha de pago: 05 o 30 de cada mes.

**CONDICIONES**

- Mediante el presente mandato autorizo a la institución financiera ya señalada para debitar en la cuenta corriente indicada los pagos mensuales del modo que en este documento se indican.
- Asimismo, me obligo a mantener los fondos necesarios, incluidos los de mi línea de crédito – si la hubiere – para dichos pagos.
- Además, libero al Banco de toda responsabilidad en la ejecución de este mandato, especialmente por no debitar mi cuenta corriente al no tener fondos disponibles.
- Se libera de responsabilidad al Banco por el cargo a la cuenta y se faculta al Banco para decidir qué PAC cargar cuando los fondos son insuficientes (por ejemplo, cuando hay más de un PAC y una cuota de crédito)
- El presente mandato tiene una duración indefinida y podrá ser finalizado mediante una carta enviada por el mandatario a la Fundación La Promesa con 30 días de anticipación.
- Al firmar este documento entiendo que he leído y aceptado los términos y condiciones del Servicio.

**Firma del titular** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_