

Formulario para Aval

Me constituyo en avalista y en fiador y codeudor solidario de las obligaciones que da cuenta el Pagaré N° y por todo el tiempo que transcurriere hasta el efectivo y el total pago del mismo. Declaro que acepto desde ya, toda modificación de prórroga, rescripción y/o renovación de este Pagaré, como también, los acuerdos, convenios, contratos que se suscriban entre el tenedor y el deudor sobre el modo y forma de pagar las obligaciones que en él constan y, en especial, las instrucciones arriba impartidas por el deudor o suscriptor para la incorporación por Clínica Avansalud S.p.A. de la fecha de vencimiento y monto o suma de dinero a pagar en virtud del presente Pagaré. Declaro que otorgo esta garantía personal y contraigo la obligación en el carácter de indivisible, pudiendo exigirse su cumplimiento a cualquiera de mis herederos o sucesores, de conformidad a lo previsto por los artículos 1.526 N° 4, 1.528 y 1.531 del Código Civil.

Libero al tenedor de la obligación de protesto y, constituyo para todos los efectos legales domicilio en la comuna y ciudad en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento y me someto a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de de Justicia; sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A) de la Ley N° 19.496.

NOMBRE DEL AVAL

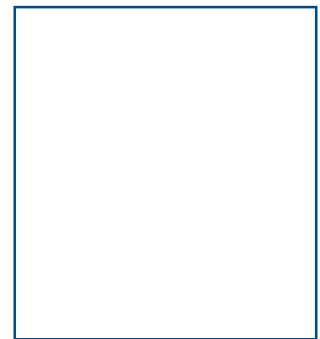
R.U.T.:

DOMICILIO:

COMUNA: CIUDAD:

FIRMA DEL AVAL: _____

En Santiago, a de de



Huella dactilar

AUTORIZACIÓN DEL CÓNYUGE DEL AVAL

Don(ña)

R.U.T.:, con domicilio en, en su calidad de cónyuge del arriba individualizado, autoriza expresamente a éste, para efectos de lo previsto por el artículo 1749 del Código Civil para constituir en aval, fiador y codeudor solidario en los términos precedentes. Declaro que acepto desde ya, toda modificación de prórroga, rescripción y/o renovación de este Pagaré, como también, los acuerdos, convenios, contratos que se suscriban entre el tenedor y el deudor sobre el modo y forma de pagar las obligaciones que en él constan y, en especial, las instrucciones arriba impartidas por el deudor o suscriptor para la incorporación por Clínica Avansalud S.p.A. de la fecha de vencimiento y monto o suma de dinero a pagar en virtud del presente Pagaré. Declaro que otorgo esta garantía personal y contraigo la obligación en el carácter de indivisible, pudiendo exigirse su cumplimiento a cualquiera de mis herederos o sucesores, de conformidad a lo previsto por los artículos 1.526 N° 4, 1.528 y 1.531 del Código Civil. Libero al tenedor de la obligación de protesto y, constituyo para todos los efectos legales domicilio en la comuna y ciudad en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento y me someto a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de de Justicia; sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A) de la Ley N° 19.496.

NOMBRE DEL CÓNYUGE DEL AVAL

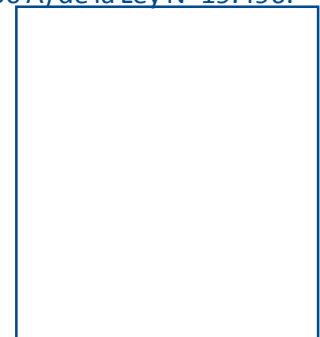
R.U.T.:

DOMICILIO:

COMUNA: CIUDAD:

FIRMA DEL CÓNYUGE AVAL: _____

En Santiago, a de de



Huella dactilar