

SOLICITUD DE ADHESIÓN PLAN DE FACILIDADES DE PAGO D.A.E.P.

Nombre y Apellido:

D.N.I.:MP N°:.....T°:.....F°:.....

Dirección:.....

Teléfono:...../.....

E- mail:.....

N°/AÑO:

Fecha:.....

M.A.Pro = \$......

El día de la fecha me presento y solicito se me adhiera al plan de facilidades de pago establecido por la Resolución N° 57/2020 de Junta Directiva del C.P.C.E.F. Para ello hago efectivo el pago correspondiente al Fondo Solidario de Salud (F.S.S.) más el 3% de Arancel Administrativo.

Asimismo me comprometo a realizar mensualmente el pago correspondiente a las cuotas que se detallan en los cuadros siguientes entre las fechas 01 y 10 de cada mes.

CONCEPTOS A DEBITAR
D.A.E.P. AÑO
D.A.E.P. AÑO
D.A.E.P. AÑO
TOTAL

M.A.Pro

IMPORTE*

Total de M.A.Pro adeudados: Cantidad de cuotas: M.A.Pro por cuota:

*El importe a abonar de cada cuota será el que resulte de multiplicar la cantidad de M.A.Pro por cuota y el valor del M.A.Pro vigente a la fecha de pago o día 25 del mes inmediato anterior (para pagos con posterioridad al 25 pero antes del 10 del mes siguiente).

Confeccionado por.....

.....
Firma del Profesional

.....
Aclaración de la firma