

CONDICIONES DE ADHESIÓN A LA MUTUAL DE MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS

Por la presente, dejo constancia:

1. Recibí y leí el Formulario S8 – Solicitud de ingreso a la Mutual de Médicos Anestesiólogos (en adelante, Mutual), el Estatuto y los reglamentos de los servicios que provee, así como el contrato marco suscripto entre esta institución y el Consejo Argentino de Oftalmología (en adelante, Consejo). Manifiesto mi conformidad con lo establecido en toda esta documentación.
2. Me comprometo a informar fehacientemente al Consejo sobre toda modificación de los datos que consigné en el Formulario S8 – Solicitud de ingreso a la Mutual de Médicos Anestesiólogos, y particularmente a los detallados en el apartado de débito automático de mi tarjeta de crédito.
3. Estoy informado de que la falta de pago de una cuota conlleva el ingreso a la categoría de moroso de manera automática. De suceder esto último, seré excluido del sistema y perderé todos los derechos obtenidos por la afiliación a la Mutual.
4. Conozco y acepto que el Consejo no se responsabiliza por el incumplimiento de las obligaciones contratadas con cada uno de los servicios de la Mutual.
5. Comprendo que me encuentro facultado para rescindir este contrato sin expresión de causa y con preaviso de 30 días, siempre y cuando informe fehacientemente a la Mutual, al Consejo y a los prestadores de servicios contratados sobre mi baja.
6. Acepto que toda suma de dinero que haya anticipado al Consejo en mi nombre por mi adhesión a la Mutual, y/o la utilización de los servicios por ella provistos, me podrá ser reclamada mediante acción ejecutiva.

AUTORIZO AL CONSEJO A COBRARME POR CUENTA Y ORDEN DEL QUIÉN CORRESPONDA

A. Cuota de afiliación a la Mutual: \$1100

B. Gastos por la utilización de servicios, conforme detalle informado mensualmente por la Mutual, más importe en conceptos de gastos de cobranza de dicho servicio (no podrá superar el 10% del mismo).

C. La cuota social que me corresponde abonar como Socio del Consejo.

Me doy por notificado de que la vigencia del contrato presente rige a partir de _____ / ____ / _____

Opto por que se me envíe mensualmente, por correo y al domicilio que declaré en el Formulario S8 – Solicitud de ingreso a la Mutual de Médicos Anestesiólogos, el recibo que el Consejo extiende por la cobranza del servicio, y acepto que se debite de mi tarjeta de crédito el costo del envío.

Si No