


CARTA DE INSTRUCCIONES PAGARE

Debe llenar únicamente los datos que tienen ésta convención 


NUMERO DE HISTORIA CLINICA:  \_\_\_\_\_ CC. \_\_\_\_\_  PACIENTE : \_\_\_\_\_

 YO, \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para todos los efectos señalados en el Artículo 622 del Código de Comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a MAPLE RESPIRATORY IPS S.A.S. o a quien esta designe, para llenar, sin previo aviso, los espacios en blanco del Pagaré No. \_\_\_\_\_, así:


1. El valor del pagaré será igual al monto de todas las sumas de dinero que se adeuden a MAPLE RESPIRATORY IPS S.A.S. con relación al Contrato de Responsabilidad de equipos suscrito el día \_\_\_\_\_.
2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.
3. El lugar para el pago serán las oficinas de MAPLE RESPIRATORY IPS S.A.S. y/o la que este indique.
4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos ni requerimientos.
5. Se deja constancia que en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.
6. Impuesto de timbre: los gastos originados por concepto de impuesto de timbre correrán a mi cargo.

Atentamente,

Información y Firma del Titular:


Nombre _____
C.C. No. _____
Dirección _____
Teléfono _____
Celular _____
EPS _____ Cotizante _____ Beneficiario _____
Correo _____
Firma: _____
Huella índice derecho

Información y Firma del Apoderado:


Nombre _____
C.C. No. _____
Dirección _____
Teléfono _____
Celular _____
EPS _____ Cotizante _____ Beneficiario _____
Correo _____
Firma: _____
Huella índice derecho