

PAGARÉ

N°

Certificamos que la firma que figura en el pagaré adjunto pertenece a:

titular del DNI - LE - LC N°
 es auténtica y fue estampada en presencia de personal de esta Dependencia / Repartición

Firma y Sello del Funcionario Autorizado
 certificante de la Dependencia / Repartición

F-13000197 - O/C 135867

Pagaré de a la vista al Banco de la Ciudad de Buenos Aires, o a su orden sin protesto (art. 50 Decreto Ley N° 5.965/53)

la cantidad de por igual valor recibido en efectivo a expresamente aclarado en carácter de librador Decreto Ley N° 5.965/53, amplio el plazo de presentación hasta un máximo de de libramiento de la presente. Pagadero en la Ciudad de Buenos Aires.

en entera satisfacción.

que de conformidad con lo dispuesto en el art. N° 36 del a contar de la fecha

..... Firma del Deudor Firma del Cofeudor Firma Firma
..... Aclaración Aclaración Aclaración Aclaración
..... Domicilio Domicilio Domicilio Domicilio

IMPUESTO DE SELLOS DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
 AGENTE DE RETENCIÓN N° CUIT N° 30-99903208-3
 OPERACIÓN EXENTA DE IMPUESTO A LOS SELLOS

FIRMA DEL AGENTE:

FECHA

Buenos Aires,.....de.....2017.

Sres. Banco Ciudad de Buenos aires

De nuestra consideración:

Por la presente autorizo a Uds. A realizar la retención de \$ del préstamo solicitado en concepto de gastos administrativos al afiliado.....DNI.....

Con el importe de dicha retención, se solicita emitir cheque a nombre de "ASOCIACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD TECNOLOGICA NACIONAL"

Firma en conformidad afiliado

Aclaración de Firma

**Banco Ciudad**CUIT: 30-99903208-3
Domicilio: Florida 302 C.A.B.A.FORMULARIO SEGURO DE
VIDA SALDO DEUDOR

Formulario de condiciones del seguro para Personas Físicas

Banco Ciudad mantiene en vigencia un seguro de vida a nombre del cliente en: **Compañía de Seguros La Mercantil Andina S.A.**

Por una suma asegurada equivalente al saldo de las deudas que el cliente mantenga con el Banco.

Riesgo Cubierto: Fallecimiento por cualquier causa + Invalidez Total y Permanente

La cobertura extinguirá totalmente el monto adeudado en caso de fallecimiento o invalidez total permanente del deudor.

Dicha cobertura opera bajo las siguientes condiciones:

- 1) El beneficiario de dicho seguro será Banco Ciudad.
- 2) La póliza cubre conforme al porcentaje de participación establecido o en su defecto proporcionalmente a cada titular asegurable.
- 3) El mismo no tiene costo para el cliente.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a 6 meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el art. 14, inc. 13 de la ley N° 25.326. "La dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la ley N° 25.326 tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al cumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

Lugar y Fecha: _____

V_B_ GERENCIA _____
 Firma y sello Firma y aclaración del Asegurado % de Deuda

En caso de existir codeudor, a continuación debe firmar, con aclaración incluida, y definir porcentaje de deuda a su cargo:

V_B_ GERENCIA _____
 Firma y sello Firma y aclaración del Asegurado % de Deuda