

ORIGINAL

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

IMPORTE OTORGADO \$ \_\_\_\_\_ (pesos \_\_\_\_\_)

**Por la presente el que abajo suscribe:**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

DNI / LE \_\_\_\_\_ Registrado en esta Mutual bajo el Nro. de legajo \_\_\_\_\_

Autorizo e instruyo a Uds. en forma irrevocable a que procedan a descontar de mis haberes mensualmente la suma de \$ \_\_\_\_\_ (pesos \_\_\_\_\_), descontados en \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) cuotas iguales y consecutivas de \$ \_\_\_\_\_ (pesos \_\_\_\_\_).

Con el fin de abonar el crédito Nro. \_\_\_\_\_, que me otorga la Asociación Mutual Fronteras Argentinas.

\_\_\_\_\_  
Firma\_\_\_\_\_  
Aclaración\_\_\_\_\_  
DNI