



MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS
DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
Personería Jurídica según Decreto N° 11.292 de fecha 23 de Noviembre de 2.000

Dirección: Av. Brasil N° 999 esq. Tte. Fariña, Asunción.

Tel.: (021) 223724/5.

Email: info@mutualmsp.org.py

Asunción, ____ de _____ del 20__

COMPROMISO DE PAGO

Yo _____ con C.I. N° _____,

socio/a de la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y

Bienestar Social, me comprometo bajo fe de juramento a abonar mensualmente en:

- Bocas de Cobranzas - Aquí Pago ☐
- Por medio de Cobrador ☐
- En ventanilla de la Mutual ☐
- Boletas de Depósitos (entidades bancarias) ☐

El total de la cuota o la diferencia entre la cuota y el monto descontado por Giraduría de todas las obligaciones societarias y económicas asumidas con la MUTUAL.

Firma: _____

Aclaración _____

Fecha : _____