



SECCION DE ADMISION
Y RETIRO DE SOCIOS
SOLICITUD DE
DESEMBOLSO DE APOORTE CAPITAL VIA
TRANSFERENCIA BANCARIA

Señores
MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.

El(los) que suscribe(n) _____, C.I. N° _____,
domicilio legal _____ de la Ciudad de _____ del
Departamento _____, solicito(amos) y autorizo(amos) a que todo desembolso que deba realizar
la **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.**, en concepto de DEVOLUCION DE APOORTE
CAPITAL _____, sea efectuado en la cuenta que a continuación se detalla;

DATOS DE LA CUENTA DONDE SE ACREDITARÁ EL APOORTE CAPITAL

*Nombre del Titular de la Cuenta: _____

*Número de Cédula o Ruc: _____

*Nombre de la Entidad del Beneficiario: _____

*Número de Cuenta: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono N° _____

*Campos obligatorios a completar por el Socio con letra legible y sin enmiendas ni tachaduras.

CONDICIONES ESPECIALES

Este documento tiene carácter de declaración jurada y El (los) infrascrito (s) natural(es) por mi(nuestro) propios derechos o, si fuera el caso, a nombre y en representación de la(s) persona(s) jurídica(s) solicitante(s), Comercio (s) de la **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.**, solicitamos a Ustedes realizar el/los desembolso/s de mi aporte capital vía transferencia de fondos con los datos más arriba proporcionados en ésta.

Declaro(amos) que, una vez acreditado el/los importe/s neto resultante/s de mi aporte capital correspondiente/s, nada más tendré(mos) que reclamar a la **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.** y que el comprobante de la acreditación en la cuenta informada servirá para documentar el/los desembolso/s de mi aporte capital por parte de la **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.**, para demostrar la autenticidad y validez de los mismos.

Me(nos) comprometo(temos) para los casos excepcionales y debidamente justificados a enviar y/o personalmente regularizar a la **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.** los documentos respaldatorios y/o cancelatorios de toda transferencia acreditada en mi cuenta en un plazo de 02 días.

La **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.**, acepta realizar los pagos vía transferencia bancaria con los datos proporcionados bajo las siguientes condiciones;

La **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.**, como institución ordenante, en ningún caso será responsable si la institución receptora ocasionara demoras o errores que ocurran por cualquier causa que esté fuera del dominio de la institución ordenante.

La **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.** no se hace responsable en el caso que la institución receptora se encuentre imposibilitada para recibir fondos, cualquiera sea la causa, tampoco será responsable en caso de indisponibilidad por parte del beneficiario de los fondos transferidos por causas no imputables a la **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.**

Si los fondos enviados no hubieren sido pagados en la cuenta del Titular y/o Banco receptor por cualquier causa, se restituirán los fondos, únicamente después que la **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.** haya recibido confirmación de la no efectivización, culminación o créditos de la transferencia, y luego de verificar que los fondos hayan sido restituidos a la **MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS DEL M.S.P. Y B.S.**, en la restitución se descontarán los costos operativos.

Fecha

Firma(s) del(los) Titular(es)

Aclaración de Firma(s)

CERTIFICACION DE FIRMA – USO INTERNO

RECEPCIONADO POR:
FECHA: