|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SEÑORES  **BANCO DEL AUSTRO S.A**.  Ciudad | Oficina: Matriz  Fecha: 25 de junio de 2020 Hora: 22:10:45 |  |  |
|
|  | | |

Yo (nosotros) Haga clic aquí para escribir texto. firma(s) autorizada(s) de la Cuenta(s) Corriente (s) N° Haga clic aquí para escribir texto., con documento de identidad número Haga clic aquí para escribir texto. solicito (amos) la suspensión de pago por motivo de:

|  |
| --- |
| Pérdida  Deterioro  Destrucción  Sustracción Otro: Haga clic aquí para escribir texto. |

De (los) cheque(s) que se detallan a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° CHEQUE** | **VALOR** | **FECHA EMISIÓN**  **(dd/mm/aaaa)** | **NOMBRE DEL BENEFICIARIO** |
| 23234 | 344 | 2016-01-29 | miguel campos |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro (amos) que asumo (imos) la (s) responsabilidad (es) de orden civil o penal derivada (s) de esta declaración.

Eximo (imos) de toda responsabilidad al Banco del Austro S.A., a sus empleados y funcionarios, incluso por pagar o no el (los) cheque(s) antes de presentar en debida forma esta solicitud, durante el transcurso de la presente fecha o con posterioridad a esta fecha, pues el Banco podrá aceptar o no la misma.

Sin otro particular,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:

Nombre: miguel campos

1. 171524143-4