|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo | **Documento de Compromiso de Pago** | | **Determinación de Capacidad de Pago de Prestaciones Médicas**  Proceso Específico - 04.01.05/1 |
| El Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo, llevará a cabo el tratamiento informado por la Unidad de Trabajo Social (UTS) a el/la Sr./Sra. ………………………………………….. ……………………………………………………….. DNI Nº …………………………………………con domicilio en calle ……………………………………………………………………………….. Localidad ……………………………… Departamento ………………………………….., Provincia ……………………………, de acuerdo con los códigos de prestación ……………………………………………. ………………………………………  Dicho tratamiento deberá ser abonado ………………………………………………………………………………….. y ………… cuotas mensuales y consecutivas de $ …………………. cada una, pagaderas desde el día …. al …….. a partir del mes de ……………………… de ……… en la Tesorería del Hospital Universitario UNCUYO, con domicilio en calle Paso de Los Andes 3051 de la Ciudad de Mendoza, de lunes a viernes de 8:30 a 13 y de 14:30 a 19 hs. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE ALGUNA DE LAS CUOTAS EN LAS FECHAS INDICADAS,  QUEDA USTED DEBIDAMENTE NOTIFICADO/A  Fecha, firma y aclaración del Paciente (o representante legal)  Factura Nª …………………………..  Pagos: …………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………. | | | |
| **Datos del responsable de efectuar el pago de las cuotas (para el caso de pacientes menores de edad o con representación legal)** | | | |
| Situación del Paciente: Menor de Edad  Con representación legal | | | |
| Representante Legal: | | | |
| Nombre y Apellido: | | Tipo y Nº Doc. Identidad: | |
| Domicilio Legal: | | | |
| Relación con el/la paciente: | | | |
| Documentación con que acredita vínculo: | | | |