

# SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

según las siguientes condiciones

Tel. Coordinación de Servicios: **2204 3739\***

A	M	R	I	B
	X			

RADIO **210.**

RUTA

FECHA DE AFILIACIÓN **10 1 24.**

CONTRATO

APELLIDOS / NOMBRES

**Núñez Santang Luis Wellington.**

CÉDULA DE IDENTIDAD

**25210040 31 01 45**

RECONOCER ANTIGÜEDAD

**25210040 31 01 45**

DIRECCIÓN DE COBRO

**Cotavita 1240.**

MUTUALISTA

**CONTA.**

EMERGENCIA MÓVIL

**RECUIDA.**

DIRECCIÓN DE E-MAIL

PRODUCTOS

8hs	16hs	24hs	Importe
		X	2640

8hs	16hs	24hs	Importe

8hs	16hs	24hs	Importe

PROMO:

SANATORIO  
CONVALESCENCIA  
DOMICILIO ESPECIAL  
GRUPO FAMILIAR\*  
PREMIUM

Total \$ anterior: Reducción / Ampliación

El importe mensual de la cuota es de \$ **2640.** (pesos uruguayos)

TOTAL CONTRATADO \$: **2640.**

Beneficiarios

**Núñez Santang Luis Wellington.**

APELLIDOS / NOMBRES

**25210040 31 01 45**

CÉDULA DE IDENTIDAD

**25210040 31 01 45**

APELLIDOS / NOMBRES

**25210040 31 01 45**

CÉDULA DE IDENTIDAD

**25210040 31 01 45**

APELLIDOS / NOMBRES

**25210040 31 01 45**

CÉDULA DE IDENTIDAD

**25210040 31 01 45**

APELLIDOS / NOMBRES

**25210040 31 01 45**

CÉDULA DE IDENTIDAD

**25210040 31 01 45**

Autorización de Débito

CÉDULA DE IDENTIDAD

**25210040 31 01 45**

autorizo el débito automático a través de

Número de descuento

**25210040 31 01 45**

De los importes inherentes a VIDA contratado en este formulario, reconozco expresamente que tanto la prestación del servicio por parte de VIDA, como los aportes que autorizo a debitar de mi resumen tienen como causa exclusiva la relación contractual entre VIDA y el suscrito. Es de mi conocimiento que el abono mensual se facturará por mes calendario adelantado. Asimismo notificare el cese de la presente autorización a VIDA con 30 días de anticipación.

OBSERVACIONES:

**Solicitud cambio de modalidad de pago a 46546.**

FIRMA:

**Luis W. Núñez**

ACLRACIÓN:

**Luis W. Núñez**

DOMICILIO:

**Cotavita 1240**

C.I.:

**098190773**

TEL.:

**46330930**

FECHA:

**10/01/2024**

FIRMA PROMOTOR

**Alexis Alvarado**

SUP/EMP.: PROMOTORA

**4956.004-3**

Los socios de VIDA tendrán cobertura en todo departamento donde se encuentre instalado un local comercial de la empresa.

\*Condiciones particulares del producto ver anexo.