**ANEXO 2**

**PLAN DE PAGOS**

**PAGARÉ**

Número: \_\_\_\_\_\_

Bueno Por $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En la Tenencia de Santiago Undameo, Municipio de Morelia; Michoacán a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ debo y pagaré incondicionalmente a la orden de FUNDACION TENVAR S.C. en la ciudad de Morelia, Michoacán el \_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 2023 por la cantidad de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_00/100 M.N. por concepto de tratamiento de rehabilitación del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Este pagaré forma parte de una serie numerado del 1 al \_\_\_\_\_ y todos están sujetos a la condición de que al no pagarse cualquiera de ellos a su vencimiento, serán exigibles todos los que le sigan en número, además de los ya vencidos, desde la fecha de vencimiento de este documento hasta el día de su liquidación, causará intereses moratorios al tipo de 6% mensual, pagadero en esta ciudad juntamente con el principal.

El deudor manifiesta los datos siguientes:

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Población:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dicha cantidad deberá cubrirse de la siguiente manera:

1.- $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pesos (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_00/100 M.N.) TRANSFERENCIA O EFECTIVO

2.- $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pesos (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_00/100 M.N.) TRANSFERENCIA O EFECTIVO

3.- $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pesos (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_00/100 M.N.) TRANSFERENCIA O EFECTIVO

4.- $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pesos (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_00/100 M.N.) TRANSFERENCIA O EFECTIVO

5.- $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pesos (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_00/100 M.N.) TRANSFERENCIA O EFECTIVO

6.- $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pesos (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_00/100 M.N.) TRANSFERENCIA O EFECTIVO

El importe correspondiente al saldo insoluto del tratamiento de rehabilitación del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_será cubierto en parcialidades de acuerdo con la siguiente programación:

| **Número de Pagos** | **Fecha** | **Cantidad** | **Modalidad de Pago** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Habrá un descuento del 30% en el pago del tercer mes, siempre y cuando se pague en las fechas pactadas, y se hará un 5% de descuento adicional, si el pago es directamente en efectivo en la clínica.

Adicionalmente me obligo a pagar dentro de un término de tres días hábiles posteriores a la notificación de pago en una sola exhibición con la modalidad de pago en efectivo de todos los gastos, bienes y/o servicios que el paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pueda generar durante su estancia de rehabilitación en la Clínica 7 Ángeles derivado de sus necesidades personales y/o salud que le sean proporcionados dentro de un periodo de quince días naturales.

**Firma Responsable/Tutor**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nota: Se deberá anexar copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma, del responsable del paciente.