

Fecha _____

Afiliado Nro. _____

SOLICITUD FACILIDADES DE PAGO

Srs. Caja de Profesionales

Por la presente solicito ampararme al régimen establecido en **RD 02/07/2014 – Código Tributario**

El cual manifiesto conocer, a los efectos de cancelar la deuda que mantengo con esa Institución por el período _____, por un monto actualizado de \$ _____.

Solicito abonar dicha deuda en _____ cuotas mensuales.

Asimismo me comprometo a remitir firmado el documento de facilidades de pago respectivo.

Nombre _____

Profesión _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Se acuerda que:

- * La presente solicitud implica el reconocimiento del período y monto adeudado que surgen del detalle previamente recibido.
- * El incumplimiento de pago de las cuotas convenidas dentro del plazo establecido, determinará la aplicación de la mora prevista en el art. 94 del Código Tributario.
- * La falta de pago de cuotas vencidas del convenio por tres meses consecutivos, determinará la caducidad del convenio solicitado, haciendo exigible la totalidad de lo adeudado, con multas y recargos previstos en el art. 94 del Código Tributario a la fecha de pago.
- * El convenio no incluye deuda por el Fondo de Solidaridad Universitario ni su Adicional (Leyes 16.524, 17.296 y 19.355, y Decreto Nro. 10/2017)
- * El/la titular no podrá acceder al goce de la jubilación, no generará haberes pensionarios (Art. 118 Ley 17.738), ni podrá acogerse a un nuevo convenio de facilidades sin que previamente cancele en forma total el presente convenio.

Firma del afiliado

C.I.