ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA
5ª. CALLE 5-23, ZONA 1. GUATEMALA, C.A.
PBX: 2200-1515 ext. 101 / WhatsApp Institucional Información 3604-3046

SOLICITUD DE CONVENIO DE PAGO

Expediente No. | Código No.

Tipo de Asociado

Lugar y fecha: _____

Señores
Miembros de Junta Directiva
Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública –ASAPESPU-
Guatemala

Yo_____ identificado con DPI_____ de manera muy cordial presento ante ustedes, mi formal solicitud para que me autoricen suscribir **Convenio de Pago** para solventar en pagos parciales el monto que actualmente adeudo en ASAPESPU, ya que no fue posible realizar los pagos respectivos por el siguiente motivo

_____

_____

_____

El monto que actualmente adeudo asciende a Q._____

comprometiéndome a pagarlo en_____pagos mensuales consecutivos.
(plazo máximo 10 pagos)

Asimismo, manifiesto que acepto las condiciones que Junta Directiva establezca para solventar mi deuda y me comprometo a pagar en forma simultánea los pagos parciales que me sean autorizados, así como las cuotas ordinarias fijas mensuales que correspondan para no incurrir nuevamente en morosidad.

Agradeceré que la resolución sea notificada al número de teléfono: _____

o al correo electrónico: _____

Atentamente,

_____
Firma del solicitante