

**MANDATO ESPECIAL PAGARÉ**

En Iquique a ..... de..... del 20....., el suscrito....., cedula de identidad..... de estado civil....., de nacionalidad....., de profesión u oficio ....., domiciliado en ....., viene en otorgar mandato especial a SERVCLINICA IQUIQUE S.A. del giro de su denominación, Rut 96.840.610-8 con domicilio en Barros Arana 1550, Iquique; para que ésta, actuando legalmente representada, a nombre y en representación del compareciente, con facultades especiales y expresas para suscribir el presente pagaré, fijando en el mismo el monto adeudado y su fecha de vencimiento, todo ello en beneficio de la mandataria. Adicionalmente, y con el mismo propósito expuesto precedentemente, el suscrito y poderdante solicita y autoriza para que en el valor total de las prestaciones se incluyan los honorarios médicos que se hayan generado durante la permanencia del paciente en la Clínica, como también las prestaciones médicas hospitalizadas, farmacéuticas, exámenes, consultas, tratamientos, materiales clínicos e insumos que debieren proporcionarse, en su caso, al recién nacido, más los reajustes e intereses que correspondan; autorizando además a SERVCLINICA IQUIQUE S.A. para incluir en el monto adeudado los gastos de Notaría, en caso de protesto del mismo y el Impuesto de Timbres y Estampillas, en caso de estar afecto al mismo; por tanto, el firmante viene en conferir poder especial a SERVCLINICA IQUIQUE S.A. para que en su nombre y representación, proceda a incorporar al Pagaré N° ....., el monto total adeudado conforme a lo recién expresado y la fecha de vencimiento del mismo. El firmante y poderdante declara que el presente mandato es gratuito, y se entiende que el mandatario dará cuenta formal del mismo mediante la entrega de la cuenta del paciente generada por las prestaciones y servicios aludidos en los párrafos precedentes. El tenedor del pagaré queda expresamente facultado para solicitar de un Notario Público la autorización de la firma del suscriptor del mismo; quedando además, expresamente liberado el portador de la obligación de protesto del mismo. Este mandato será revocable por escrito, una vez que la obligación pendiente de pago garantizada por el pagaré antes mencionado quede total e íntegramente pagada.

NOMBRE DEL MANDANTE .....

R.U.T.: .....

DOMICILIO: .....

COMUNA: .....

CIUDAD: .....

FIRMA DEL MANDANTE: .....

En Iquique a ..... de ..... de .....

**MANDATO AUTORIZACIÓN DE TRAMITACIÓN ISAPRES**

En Iquique a ..... de..... del 20....., el suscrito ....., cédula de identidad....., de estado civil ....., de nacionalidad....., de profesión u oficio....., domiciliado en ....., viene en otorgar poder especial a SERVICLINICA IQUIQUE S.A. a fin de que ésta, proceda a presentar y/o tramitar ante la institución aseguradora de salud del mandante, sea esta Isapre, Fonasa y otra, el respectivo programa médico, bonos u órdenes de atención cuenta de hospitalización y servicios, solicitar la emisión de bonos por el bonificado de su plan de salud, boletas de honorarios por prestaciones médicas y/o cualquier otro documento referido a las atenciones recibidas en Clínica Tarapacá por el afiliado suscriptor o alguno de sus beneficiarios, pudiendo instar por el pago de la sumas que correspondan, suscribir documentos y en general efectuar todas la gestiones conducentes al cabal cumplimiento del mandato, del cual se rendirá cuenta por parte del mandatario en la respectiva cuenta del paciente. Este mandato es revocable por escrito en cuanto se haya cumplido con todos los trámites pendientes y para cuyos efectos fue otorgado el presente mandato.

NOMBRE DEL MANDANTE .....

R.U.T.: .....

DOMICILIO: .....

COMUNA: .....

CIUDAD: .....

FIRMA DEL MANDANTE: .....

En Iquique a ..... de ..... de .....