

MODELO DE DOCUMENTO PARA RECONOCIMIENTO DE DEUDA POR PARTE DE PACIENTES EN CONSULTAS PRIVADAS

En Murcia, a.....

D. ...**DATOS PACIENTE O RESPONSABLE DEL PAGO DE HONORARIOS**....., mayor de edad, con D.N.I.n.º..... y domicilio en.....

Mediante el presente documento reconoce adeudar a D.**DATOS MÉDICO**..... de profesión médico, con D.N.I. n.º..... y domicilio en la cantidad de (..... euros), como consecuencia de**DESCRIPCIÓN DEL ACTO MÉDICO**.....

El deudor Sr. propone el pago aplazado de la citada deuda al acreedor Sr. que acepta y convienen que su abono se realizará de la siguiente forma:

<u>Fecha de pago</u>	<u>Importe</u>
.....
.....
.....

(ó en mensualidades sucesivas, el día..... de cada mes, por importe de, cada una de ellas, comenzando la primera el, y así sucesivamente hasta el total pago).

(Los pagos se realizarán mediante abono en la siguiente cuenta bancaria....., con expresa indicación del deudor y concepto). (ó los pagos se realizarán del siguiente modo.....).

Se pacta expresamente que la falta de pago a su vencimiento por el deudor de cualquiera de los plazos acordados, faculta al acreedor para que pueda dar por vencidos unilateralmente todos los demás plazos que queden por vencer y exigir anticipadamente la entrega de la cantidad total que quede pendiente de pago a ese momento.

Y en prueba de conformidad con lo expuesto, reconocimiento de deuda y compromiso de pago, firma este documento el deudor a los oportunos

efectos legales y el acreedor en prueba de su aceptación.

EL DEUDOR

EL ACREEDOR

D.....

D.....