

Titular:  
Dirección:  
Localidad:  
Código postal:  
N.I.F./C.I.F.:  
Nº Afiliación a la Seguridad Social:

Nombre:  
Dirección:  
C.P.:           Localidad:  
Provincia:

,           de

Muy Sres. nuestros:

De acuerdo con lo previsto en la normativa de vigente aplicación, les participo que deseo renunciar, en su próximo vencimiento, a cubrir con esa Mutua las coberturas que a fecha de hoy tengo adheridas, solicitando en consecuencia la rescisión del Documento de Adhesión que para dichas coberturas tengo suscrito con Vds.

Aprovecho la ocasión para saludarles atentamente.

Fdo.:  
DNI:  
Cargo:

Nueva Entidad de Cobertura:  
**FREMAP, MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61**