

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