COLEGIO DE ABOGADOS DE SALAMANCA

Secretaría Colegial

BAJA Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

NÚMERO DE COLEGIADO		NIF	
NOMBRE	APELLIDOS		
DIRECCIÓN	PISO	MUNICIPIO Y PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
EMAIL		TELÉFONO	
Mediante este formulario autorizo la baja del Seguro de Responsabilidad Civil. Acepto ☐			

Número de colegiado y firma:

En Salamanca a _____ de _____ de 2021