

Baja Seguro de Incapacidad Temporal

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 <input type="checkbox"/>			

Número de colegiado y firma:

En Salamanca a ____ de _____ de 2024