

D. _____

Colegiado num: _____

Solicita darse de baja de la Póliza colectiva del seguro de Responsabilidad Civil Profesional que el Colegio tiene suscrita, por:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Cese Actividad Asistencial

Cese Actividad Privada

Tenerla contratada con otra compañía

Almería, _____ de _____ de _____

Fdo: _____