COMEI

SOLICITUD DE BAJA
DE ADHERENTES VOLUNTARIOSAL SISTEMA DE COBERTURA MEDICA

Adherente Titular: Nº_____Apellido y nombres_____

Adherentes a los cuales solicita dar de baja:

Número de adherente	Apellido y nombres

Manifiesto conocer y aceptar los plazos y condiciones estipuladas en el Reglamento vigente para renunciar a la cobertura médica.

Lugar y fecha	Aclaración	Firma