Fundación CoMel
Al Cuidado y Protección del Odontólogo

SOLICITUD DE BAJA
DE ADHERENTES VOLUNTARIOS AL 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

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN

FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO
	-

OF. R	CÓDIGO	T.F.
	C O R	

IMPORTANTE: Es indispensable para dar curso a esta solicitud adjuntar los respectivos carnets