

Fundación CO.ME.I.

SOLICITUD DE BAJA DE COMEI PARA EL TITULAR JUBILADO

Lugar y fecha: de de 20.....

Sr./a Presidente del Consejo de Administración de la Fundación CO.ME.I.

S / **D:**

De mi consideración:

Quien suscribe.....,
D.N.I. Nº....., con domicilio real en la calle.....
Nº....., de la localidad de, teléfono
fijo....., teléfono celular....., correo
electrónico....., afiliado
Nº....., en mi carácter de titular jubilado, de acuerdo con lo
dispuesto por la reglamentación correspondiente, la que declaro conocer y aceptar en todos sus términos, cumplo
en dirigirme al Sr. Presidente con el objeto de solicitarle se proceda a la baja de la cobertura médica que me
brinda Fundación CO.ME.I., eximiéndome del aporte correspondiente. Asimismo, declaro bajo juramento que
conozco y acepto que, en caso de solicitar el reingreso al Sistema de Cobertura Médica, abonaré la cuota
correspondiente al Plan 2010, de acuerdo a mi categoría, más los adicionales que establece el régimen de
admisión y permanencia, el cual declaro conocer y consentir en todos sus términos.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

ACLARACION IMPORTANTE: En caso de contar con credencial física de CO.ME.I. la misma deberá ser
entregada a personal de la Fundación CO.ME.I. por el solicitante junto con este formulario.

Firma y aclaración del solicitante