

SOLICITUD DE BAJA EN LA POLIZA Nº 0972370008577 DEL ICAFV

Nombre y Apellidos/Razón Social: _____

Nº Colegiado: _____ NIF: _____ Tel. fijo: _____ Teléfono móvil: _____

Mail: _____

Domicilio profesional: _____ Código Postal: _____

Población: _____ Provincia: _____

SOLICITA:

Cursar mi **Baja** como asegurado en la póliza del Colegio Territorial del Colegio de Administradores de Valencia y Castellón con fecha de efecto _____.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma: _____