

SOLICITUD DE ALTA EN CONVENIO MUFACE

Yo _____ con DNI _____ colegiado en el
Colegio Oficial de Podólogos de la Región de Murcia con nº _____ deseo adherirme al
convenio que desde el Consejo Oficial de Podólogos se firma y se revisa
semestralmente con MUFACE.

Con fecha _____ .

Firmado _____

Clínica donde se presta el servicio

NOMBRE SOCIAL
DIRECCION
CODIGO POSTAL
Nº RES
PROVINCIA
TELEFONO
HORARIO DE ATENCION

POBLACION

NOMBRE SOCIAL
DIRECCION
CODIGO POSTAL
Nº RES
PROVINCIA
TELEFONO
HORARIO DE ATENCION

POBLACION

En caso de desear darme de baja lo haré enviando el escrito correspondiente de BAJA
la cual se hará efectiva en el siguiente periodo de notificación a las compañías.