

Razón Social:  
Dirección:  
Localidad:  
Código Postal:  
N.I.F./C.I.F:

Mutua:  
Dirección:  
C.P.:                   Localidad:  
Provincia:

,                   de

Muy Sres. nuestros:

Por la presente, y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, les notificamos nuestra voluntad de rescindir, a su próximo vencimiento, el Convenio de Asociación para la cobertura del riesgo de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales del personal al servicio de esta Empresa, que tenemos suscrito con Vds., para todos los centros de trabajo de esta empresa protegidos por esa Mutua.

Sin otro particular, quedamos a la espera de recibir la preceptiva Certificación de la fecha de Baja como asociado en esa Mutua.

Fdo.:  
DNI:  
Cargo:

Nueva Entidad:  
Dirección:  
C.P.:                   Localidad:  
A/A Sr.: