

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		NIF/CIF			
DOMICILIO SOCIAL		NÚMERO	BLOQUE	PISO	PUERTA
LOCALIDAD		PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL	

En _____ a _____ de _____ 20__

MUTUA:

Muy señores nuestros:

Les rogamos que a su próximo vencimiento, procedan a la anulación del Documento de Asociación que para la cobertura de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales del personal al servicio de esta Empresa, tenemos suscrito con ustedes, para los códigos cuenta cotización que indicamos a continuación:

C.C.C.	RÉGIMEN	FECHA DE ALTA	IT CC S/N	CNAE	T.R.L

Todos los códigos cuenta cotización de la empresa

Rogamos que remitan, dentro del plazo reglamentario, el preceptivo Certificado de baja en esa Entidad según lo establecido en la normativa vigente.

Sin otro particular, aprovechamos la ocasión para saludarles muy atentamente.

FIRMADO POR: _____

DNI: _____

En calidad de / Cargo: _____

<p>Nueva entidad: MUTUA BALEAR, Mutua colaboradora con la Seguridad Social N°183 <i>Dirección: C/ Gremi Forners 2 Polígono Son Castelló</i> <i>Localidad: 07009 Palma de Mallorca</i> <i>Telf. 971214366 Fax 971213191</i></p>
--