

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

, de de

Muy Sres. nuestros:

Les rogamos tengan a bien considerar rescindida, en su próximo vencimiento, la opción que para la cobertura del riesgo de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, tenemos ejercitada con Vds. para el personal al servicio de esta empresa adscrita a los diferentes códigos de cuenta de cotización asignados por esa Tesorería General de la Seguridad Social y que se detallan en la Proposición de Asociación adjunta.

Según lo dispuesto en el punto 4.2.a) de la circular 3-005 de fecha 11-03-2004, adjunto se remite por duplicado **“Proposición de Asociación”** con la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61, con la que suscribimos los citados riesgos a partir de la fecha de efecto del cese en la cobertura en esa Entidad.

La presente solicitud, a los efectos de cumplir lo preceptuado en el Art. 17.2. del Reglamento General de Afiliación e Inscripción de Empresas y punto 4.2.a) de la circular citada en el párrafo anterior, tiene efectos a su vez de NOTIFICACIÓN de la VARIACIÓN de la entidad de contingencias profesionales.

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

Fdo.:  
Cargo:  
DNI: