

**SOLICITUD
SEGURO DE MALA PRAXIS**

SEGURO CONTRATADO CON RIO URUGUAY COOP. DE SEGUROS LTDA.

- APELLIDO Y NOMBRE: _____

- DOMICILIO PARTICULAR: _____

- LOCALIDAD: _____ CODIGO: _____

- TE: _____

- DOMICILIO LABORATORIO: _____

- LOCALIDAD: _____ CODIGO: _____

- TE: _____

* COBERTURA \$ 150.000.----- DTO.: \$27,50 / MES

* COBERTURA \$ 200.000.----- DTO.: \$36,00 / MES

FIRMA – MP

- FECHA:

El **Bioquímico No Facturante**: debe pagar un año completo para poder incorporarse al Seguro que tiene contratado el Colegio. COBERTURA \$150.000: Debe pagar \$330/año ←→ COBERTURA \$200.000: Debe pagar \$432/año.