

**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 \$ 378.000.----- DTO.: \$ 130 / MES

* COBERTURA \$ 504.000.----- DTO.: \$ 170 / MES

* COBERTURA \$ 1.260.000.----- DTO.: \$ 420 / MES

FIRMA – MP

- FECHA:

El **Bioquímico No Facturante**: debe pagar un año completo para poder incorporarse al Seguro que tiene contratado el Colegio.

COBERTURA \$ 378.000: Debe pagar \$ 1560/año

COBERTURA \$ 504.000: Debe pagar \$ 2040/año.

COBERTURA \$ 1.260.000: Debe pagar \$5040/año