

**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 \$ 252.000.----- DTO.: \$ 85 / MES

* COBERTURA \$ 336.000.----- DTO.: \$ 120 / MES

* COBERTURA \$ 840.000.----- DTO.: \$ 280 / MES

FIRMA – MP

- FECHA:

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

COBERTURA \$ 252.000: Debe pagar \$ 1020/año

COBERTURA \$ 336.000: Debe pagar \$ 1440/año.

COBERTURA \$ 840.000: Debe pagar \$ 3360/año.