

**SOLICITUD SEGURO DE MALA PRAXIS**

SEGURO CONTRATADO CON SWISS MEDICAL SEGUROS

- APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

- MP Nº: \_\_\_\_\_

- DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

- LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

- TEL CONTACTO: \_\_\_\_\_

- CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

- DOMICILIO LABORATORIO: \_\_\_\_\_

- LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

- TEL LABORATORIO: \_\_\_\_\_

- CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

\* COBERTURA \$ 10.000.000----- DTO.: \$ 2.100 / MES

**FIRMA – MP**

- FECHA:

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

**COBERTURA \$ 10.000.000: Debe pagar \$25.000/año**