

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 \$ 20.000.000----- DTO.: \$ 3.900 / MES

FIRMA – MP

- FECHA:

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

COBERTURA \$ 20.000.000: Debe pagar \$46.800/año