

SOLICITUD PARA ALTA EN EL SEGURO DE MALA PRAXIS.

Al Colegio de Fonoaudiólogos de la Pcia de Santa Fe

1° Circunscripción

A quien corresponda:

Me dirijo a Uds. para solicitar el **alta** en el **Seguro de Mala Praxis** expedido por **Sancor Seguros**, empresa con la cual tienen convenio. El costo actual del mismo me será informado cuando presente la ficha.

Profesional (nombre y apellido):

DNI:.....

Matricula N°:

Domicilio Profesional:

Localidad: Provincia:

Fecha solicitud:

Fecha alta:

(Completa Administración Colegio)

Aclaraciones: El seguro se renueva automáticamente todos los años. Vigencia de julio a Junio de cada año. Es un documento importante, deben guardarlo cuando lo reciben. En caso de no seguir con el Seguro deben informarlo con 30 días de anticipación por escrito.

Firma y sello de solicitante.

En el caso de adeudar más de tres meses consecutivos la baja en el Seguro de Mala Praxis será automática, debiendo cancelar la deuda y luego solicitar el alta con la documentación correspondiente.