

	COLEGIO DE MÉDICOS VETERINARIOS	Rige a partir de: 25/1/2021	Código: CMV-DAA
	Formulario de Inscripción y Póliza Colectiva Muerte Plus	Versión #1	Página 1

Por medio de la presente deajo establecido el beneficiario que recibirá la indemnización correspondiente al Fondo de Solidaridad y la Póliza Colectiva Muerte Plus:

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre completo. _____ Cédula de Identidad: _____
Teléfonos _____ Nacionalidad _____
Correo electrónico _____ Fecha Nac: _____
Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____
Dirección Exacta: _____

Primer Beneficiario

Nombre Completo _____
Cédula Identidad _____ Parentesco _____
Correo electrónico _____ teléfono _____
Dirección Exacta _____

Segundo Beneficiario

Nombre Completo _____
Cédula Identidad _____ Parentesco _____
Correo electrónico _____ teléfono _____
Dirección Exacta _____

Firma Colegiado (a) _____