

EMPRESA:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

CIF:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO:



En _____, a _____ de _____ de _____

Muy Sres. Nuestros:

Por la presente, le comunicamos nuestro deseo de rescindir el Documento de Asociación que tenemos suscrito con su Entidad para la cobertura de las Contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales del personal de esta Empresa, a fecha de su vencimiento el próximo _____, o el que debidamente corresponda.

De acuerdo con la normativa legal vigente, ruego que en el plazo máximo de diez días a partir de la recepción del presente escrito nos remitan el preceptivo **Certificado de Cese**.

Reciban un cordial saludo.

Fdo.:

NIF:

(Firma y sello)