



Póliza Colegial de INCAPACIDAD TEMPORAL TRANSITORIA

D/Dña: _____

Nº Colegiado/a: _____

Deseo causar :

Alta

Baja

En la póliza colegial de Incapacidad Temporal Transitoria con efectos de

_____.

Bilbao, _____ de _____ de _____

Firma: _____