

Nº de Orden

Adhesión al Convenio de Agrupación de Empresas COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS

D/Dña _____, con NIF _____
En representación de la entidad _____,
con CIF _____, Telefono _____
Y Sede Social en (calle, municipio, provincia) _____

Declara

Que conoce el Convenio de Agrupación de empresas de fecha 20-05-2004 suscrito entre la Entidad Organizadora COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS y las empresas agrupadas en el mismo

Que acepta las obligaciones y derechos que en dicho Convenio se contienen y se adhiere al mismo desde la fecha de la firma del presente documento.

Lugar y Fecha

Por la empresa agrupada

Por la Entidad Organizadora
COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS

Jose María Lull Martí
Secretario