

## SOLICITUD DE BAJA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE MÍNIMA INCISIÓN DEL PIE

D. /D<sup>a</sup>.

NIF.  con domicilio en

provincia de

Calle/Avda/Plaza

Nº  Piso  Puerta  Código Postal

Teléfono fijo  Teléfono Móvil,

Email

**MOTIVOS POR LOS QUE DESEO DARMÉ DE BAJA:**

**Fecha y Firma:**

