

1. Renseignements généraux (proposant)

Nom de la société et audioprothésiste(s) (propriétaire(s), actionnaire(s) ou employé(s)) :

Numéro d'attestation – Responsabilité professionnelle excédentaire : _____

Numéro de téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de la modification : | A | A | A | A | M | M | J | J |

2. Retrait d'un ou de plusieurs professionnels

Nom des audioprothésistes à supprimer :

3. Clause de signatures

Je soussigné confirme mon retrait de l'assurance responsabilité professionnelle excédentaire de la société mentionnée en titre.

X

Signature

Titre

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

X

Signature

Titre

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

X

Signature

Titre

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date