

CARTA DESLINDE DE PROMOTOR

Lugar: _____

Fecha: _____

SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.

Batallón de San Patricio No. 111, Local 1401,
San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P. 66269

A quien corresponda:

P R E S E N T E.-

Por medio de la presente, en mi carácter de Agente de Seguros, y por así convenir con mis intereses, notifico formalmente mi intención de deslindarme voluntariamente de pertenecer a la Promotoría _____, lo anterior surtiendo efectos a partir de la fecha de notificación de la presente.

Sin más por el momento, reciban un cordial saludo.

AGENTE

PROMOTOR

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXX



