

			mayor de edad,
Licenciad__ en Derecho, con D.N.I. núm			
con domicilio en c/			
C.P.		localidad	

mediante la firma de este documento EXPRESO MI CONSENTIMIENTO A ESTE ILUSTRE COLEGIO PARA LA GESTION EN MI NOMBRE de los servicios individuales y voluntarios, como son el seguro de RC e ILT a través de póliza colectiva, el seguro médico igualmente con póliza colectiva suscrito con la entidad FAMEDIC, así como la gestión de mi pertenencia como mutualista de la Mutualidad General de los Procuradores de España. Manifiesto que este consentimiento lo presto por tiempo indefinido y en todo caso prorrogable mientras no conste mi revocación igualmente de manera expresa y por escrito dirigido a este Ilustre Colegio.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente en

Córdoba a	
-----------	--

FIRMA
