

**ANEXO XI**

**BOLETÍN ADHESIÓN ENTIDAD ASEGURADORA**

**BOLETÍN DE ADHESIÓN DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS AL CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DE LA CIRCULACIÓN (2023-2026)**

Responsable de la entidad/es que **formulan la adhesión**:

\_\_\_\_\_

Cargo

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Señale, el **Códigos DGS y nombre de la Entidad o Entidades** por las que responde el siguiente formulario:

Código: \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_

La persona arriba indicada, con poder de representación de la entidad o entidades cuyos códigos DGS son los recogidos en este documento, **manifiesta la adhesión de la misma al Convenio señalado**.

Se **designa como interlocutor/es** de la entidad/es a:

Nombre:

Cargo:

Teléfono:

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_\_\_

Firma y sello (cuando menos de una entidad)