

ANEXO XI

BOLETÍN ADHESIÓN ENTIDAD ASEGURADORA

BOLETÍN DE ADHESION 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)