À Direção do CCD PM Cascais

IMPRESSO DE ANULAÇÃO

Eu,_____,

nº informático _____, a exercer funções na _____,

vem requerer que fique anulada a Apólice de Grupo de Saúde, MGEN/Advancecare, com efeitos a partir de 1 de _____ de 20_____, os seguintes aderentes:

Nome	Nº aderente

Cascais, _____de 20_____

Pede Deferimento

_____