



**SOLICITUD DE RENUNCIA A LA CALIDAD DE ASOCIADO
DE LA "ASOCIACION MUTUALISTA SANITARIA DEL
PERU"**

**SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ASOCIACION
MUTUALISTA SANITARIA DEL PERU. ("AMSP").**

S.P.

Yo, _____,
identificado con DNI. N° _____, domiciliado en _____
_____, prestando servicios en esta base
_____, de la Ciudad de _____,
a Ud. digo:

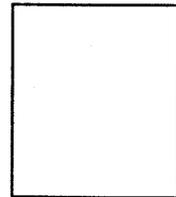
Que, al amparo de lo dispuesto por el Art. 14° inc. b) del Estatuto vigente de la "AMSP", concordante con las normas legales pertinentes del Código Civil¹; a través del presente documento, **FORMULO MI RENUNCIA IRREVOCABLE** a mi calidad de asociado (a), declarando estar instruido (a) sobre los efectos jurídicos de la decisión voluntaria que adopto. En tal sentido SOLICITO se sirva informar a la autoridad competente de esta base, a efectos de que se proceda a **SUSPENDER** los descuentos de mis cuotas y/o aportaciones a favor de la asociación que representa.

Por lo expuesto:

A Ud. pido acceder a mi solicitud.

Fecha: _____

Asociado (a)



¹ **CODIGO CIVIL:**

ART.90°.- "La RENUNCIA de los asociados debe ser formulada por escrito."

ART.91°.- "Los asociados RENUNCIANTES, los excluidos y los sucesores de los asociados muertos QUEDAN OBLIGADOS al pago de las cuotas que hayan dejado de abonar, NO PUDIENDO EXIGIR EL REEMBOLSO DE SUS APORTACIONES"