

Nº de Orden

Baja en el Convenio de Agrupación de Empresas

D/Dña. _____, con NIF _____
como representante legal de la entidad _____
con CIF _____ y Sede Social (calle, municipio, provincia) en:

MANIFIESTA

Su voluntad de causar baja, desde la fecha de la firma de este documento, en el Convenio de Agrupación de empresas de fecha _____, suscrito entre la Entidad Organizadora _____ y las empresas agrupadas _____, _____, _____.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA (Por el representante legal de la empresa agrupada)

FIRMA (Por el representante legal de la Entidad Organizadora)