



Nº de Orden: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**BAJA EN EL CONVENIO DE AGRUPACION DE EMPRESAS**

D/Dña. \_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_

Como representante legal de la entidad \_\_\_\_\_

con CIF \_\_\_\_\_

Con Sede Social en (calle, municipio, provincia) \_\_\_\_\_

Manifiesta

Su voluntad de causar baja, desde la fecha de la firma de éste documento, en el Convenio de Agrupación de empresas, de fecha

\_\_\_\_\_, suscrito entre la entidad organizadora \_\_\_\_\_ y las

empresas agrupadas \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Representante legal de la entidad  
organizadora

Representante legal de la empresa  
agrupada

Fdo. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_