



VISADO TELEMÁTICO

Nombre: D.N.I.:

Nº colegiado: Nº Nacional: Colegio de:

Título:

Teléfono: email:

Seguro de Responsabilidad Civil concertado con: flŁ Cobertura:
 Vencimiento:

Datos del Proyecto a Visar:

Descripción:.....
.....

Datos para la factura:

Promotor: Domicilio:

Localidad: Provincia: N.I.F.

Termino Municipal: Provincia:

Presupuesto:

(Sello de Visado)

....., de de 20....

Fdo:

Firma del colegiado con DNle (No imprescindible)

Firma de la Institución

(*) Debe acompañar justificante de pago del Seguro de Responsabilidad Civil que se tenga concertado.