

CARTA D'AUTORITZACIÓ AL BANC

DADES DEL FARMACÈUTIC

Nom i cognoms:

N.I.F.:

Domicili:

Població:

C.P.:

Província:

Benvolguts senyors:

Us dong la meva autorització perquè, a partir d'aquesta data i fins a un nou avís, els rebuts que presenti el Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears, amb les dades indicades en el quadre superior, siguin carregats al meu compte corrent.

Signatura del titular

del compte corrent / llibreta d'estalvi

DADES BANCÀRIES

Nom del titular:

Banc:

Domicili:

Població:

Província:

IBAN:

CARTA D'AUTORITZACIÓ AL COL·LEGI DE FARMACÈUTICS DE LES ILLES BALEARS

DADES DEL FARMACÈUTIC

Nom i cognoms:

N.I.F.:

Domicili:

Població:

C.P.:

Província:

Senyor tresorer del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears, us adjunt la carta d'autorització a _____ perquè atengui els rebuts que aquest col·legi presenti al meu nom i els carregui al compte corrent que indico en el quadre inferior.

Signatura del farmacèutic

DADES BANCÀRIES

Nom del titular:

Banc:

Domicili:

Població:

Província:

IBAN: