Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra

DOMICILIACION BANCARIA PARA CARGOS DE COTAS

Sr. Director de .....
Dirección .....
Cod. Postal ..... Municipo .....
Provincia .....

D./ª. .....con NIF .....
Roga a Vd. que a partir da data e ata nova orde, abonen con cargo á conta abaixo reseñada da que é titular D./Dª..... os recibos enviados ó seu nome polo COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE PONTEVEDRA.

IBAN:																							

..... de ..... de 20.....

(Firma do titular) **(para o Colexio)** (Firma do colexiado)

DOMICILIACION BANCARIA PARA CARGOS DE CUOTAS

Sr. Director de .....
Dirección .....
Cod. Postal ..... Municipio .....
Provincia .....

D./ª. .....con NIF .....
Roga a Ud. que a partir da data e ata nova orde, abonen con cargo á conta abaixo reseñada da que é titular D./Dª..... os recibos enviados ó seu nome polo COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE PONTEVEDRA.

IBAN:																							

..... de ..... de 20.....

(Firma do titular) **(para o Banco)** (Firma do colexiado)