

Autorizo al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Granada, para que presente al cobro, con cargo a mi cuenta bancaria, cuyos datos se expresan a continuación, los recibos girados a mi nombre:

APELLIDOS Y NOMBRE DEL COLEGIADO:

APELLIDOS Y NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA:

NOMBRE DEL BANCO O CAJA DE AHORROS:

DOMICILIO DEL BANCO O CAJA DE AHORROS:

LOCALIDAD Y PROVINCIA:

CÓDIGO DE CUENTA CLIENTE:

CÓDIGO BANCO	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fdo:

Autorizo al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Granada, para que presente al cobro, con cargo a mi cuenta bancaria, cuyos datos se expresan a continuación, los recibos girados a mi nombre:

APELLIDOS Y NOMBRE DEL COLEGIADO:

APELLIDOS Y NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA:

NOMBRE DEL BANCO O CAJA DE AHORROS:

DOMICILIO DEL BANCO O CAJA DE AHORROS:

LOCALIDAD Y PROVINCIA:

CÓDIGO DE CUENTA CLIENTE:

CÓDIGO BANCO	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fdo: