

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 país	Dígito de control	Código de Cuenta Cliente (CCC) IBAN																		
ES																				

Firma:

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 país	Dígito de control	Código de Cuenta Cliente (CCC) IBAN																		
ES																				

Firma: