



ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

CUOTA DE REGISTRO DE SOCIO

IMPRESO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA:

CIF / NIF:
Nombre y Apellidos:
Domicilio:
C.P./Localidad/Provincia:
Teléfono:

LUGAR DE TRABAJO:

CORREO ELECTRONICO:

DATOS BANCARIOS:

Banco o Caja:

Código Cuenta Cliente: (escriba con letra clara los 20 dígitos de la cuenta corriente y el IBAN)

IBAN	Entidad	Oficina	D. C.	Nº Cuenta

Muy Sres. míos:

Ruego se sirvan atender los recibos domiciliados en esa entidad que, con cargo a mi cuenta indicada anteriormente, les serán presentados al cobro por la ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, en concepto de "Cuota anual de registro", por importe de 10 euros y hasta nueva orden.

Atentamente,

Fdo.:

Firma del titular de la cuenta

En Madrid, a de de 201