



AACOMF
ASOCIACIÓN ANDALUZA DE
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

AUTORIZACIÓN ORDEN DE PAGO SEPA

Sr. Director del Banco:

Señas de la oficina bancaria:

Muy Sr. mío:

D.

Domiciliado en C/

Con DNI:

Número de cuenta corriente:

IBAN	Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta
ES				

Ruego a usted que a partir de la presente, abone contra la citada cuenta los recibos que a mi nombre sean presentados por la Asociación Andaluza de Cirugía Oral y Maxilofacial domiciliada en Avda. de la Borbolla, 47, 41013 - Sevilla.

En a de de 20

Firma: