



Autorización de pago

Sr. Director del Banco.:

Señas de la oficina bancaria

Muy Sr. mío:

D.

Domiciliado en c/.

Con D.N.I.:

Número de cuenta corriente:

Entidad Oficina D.c. N° cuenta

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

Firma:

Nota: Remitir a la sede de la Asociación.

