

ORDRE DOMICILIACIÓ BANCÀRIA



Associació Balear
d'Infermeria Comunitària

Nom:

NIF:

C/:

Núm.:

CP:

Localitat:

Número de telèfon:

Correu electrònic:

Lloc de feina actual:

C/:

Núm.:

CP:

Localitat:

Número de telèfon:

Nom del titular

(si és diferent a la persona que es vol associar):

Número del compte corrent (CCC):

Entitat *(Banc o Caixa)*:

C/:

Núm.:

CP:

Localitat:

Província:

QUOTA INSCRIPCIÓ: 10€

QUOTA ANUAL: 35 €

Vos agrairia que, fins a nou avís, tots els rebuts de l'Associació Balear d'Infermeria Comunitària que vagin al meu nom siguin carregats al meu compte o llibreta.

Signatura

Data: