

Nombre y Apellidos:

Dirección Farmacia:

Ciudad:

C. P.:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

_____ de _____ 200 _____

Firma:

DATOS BANCARIOS

Autorizo a FARVAL a cobrar las cuotas anuales de asociado mediante recibo domiciliado en la siguiente cuenta bancaria:

Nombre del Titular de la Cuenta:

Banco/Caja:

Agencia:

Domicilio Sucursal:

Municipio:

C. P.:

Provincia:

20 Dígitos de Cuenta

Entidad

--	--	--	--

Sucursal

--	--	--	--

D. C.

--	--

Número de Cuenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del Asociado: