



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE ALMERÍA**

C/. Los Picos, 5 – Entr.7 · 04004 · Teléfono 950 26 7278 · Fax 950 24 49 57

AUTORIZACIÓN PARA LA DOMICILIACIÓN DE RECIBOS BANCARIOS

D. / Dña. _____

Almería, a ____ de _____ 2.00 ____

Sr. / a. Director / a. _____

Cod. Banco _____ **Cod. Suc:** _____ **Dig:** _____ **cta. nº** _____

Autorizo que todos los recibos que sean pasados por el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Almería, sean cargados en la cuenta arriba reseñada.

Fdo. _____