



HOJA DE INSCRIPCIÓN

Nombre y Apellidos:

Dirección Farmacia:

Ciudad:

C. P.:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

_____ de _____ 200 ____

Firma:

DATOS BANCARIOS

Autorizo a APROFARMA 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: