DOMICILIACIÓN BANCARIA CUOTA ANUAL AEFLA

Nombre: _____ **Apellidos:** _____

Domicilio: _____ **nº:** _____ **piso:** _____ **letra:** _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____ **Distrito Postal:** _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

Estimados señores:

Ruego se sirvan atender hasta nuevo aviso el recibo que anualmente presentará la Asociación Española de Farmacéuticos de Letras y Artes (AEFLA) correspondiente a la cuota anual de 35,00 €, cargándolo en mi cuenta corriente

Entidad				**Oficina**				**DC**		**Nº cuenta**									

O realice transferencia a favor de: Asociación Española de Farmacéuticos de Letras y Artes (AEFLA)
c/ Villanueva, 11 - 7º - 28001 Madrid

Periodicidad: Anual
Importe: 35,00 €

| **IBAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |