



SOCIETAT CATALANA D'HISTÒRIA DE LA FARMÀCIA

COPONS 4 - 08002- BARCELONA. TEL. 93 304 31 90

Formulari de sol·licitud d'alta de Soci

NOM I COGNOMS _____
ADREÇA _____
POBLACIÓ _____ CODI POSTAL _____
PAÍS _____ TELÈFON _____
DATA SOL·LICITUD _____ E-MAIL _____
SOL·LICITUD A EFECTES (data) _____

Signatura

DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Sr. Director / Delegat / del Banc / de la Caixa _____
Sucursal _____ Localitat _____

El sotasignat,

NOM I COGNOMS _____
ADREÇA _____
POBLACIÓ _____ CODI POSTAL _____

Autoritza a la **Societat Catalana d'Història de la Farmàcia**, amb seu social a Barcelona, Carrer Copons, 4, perquè, a partir de la data, carregui els rebuts corresponents a les quotes de soci en el compte del qual n'és titular:

CODI COMPTE												
ENTITAT			OFICINA			D.C.		NÚM. COMPTE				

DATA _____

Signatura