



SOCIETAT CATALANA D'HISTÒRIA DE LA FARMÀCIA

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

Formulario de solicitud de alta de Socio

NOMBRE Y APELLIDOS _____
DIRECCION _____
POBLACION _____ CODIGO POSTAL _____
PAIS _____ TELÉFONO _____
FECHA SOLICITUD _____ E-MAIL _____
SOLICITUD A EFECTOS (fecha) _____

Firma

DOMICILIACION BANCARIA

Sr. Director / Delegado / del Banco / de la Caja _____
Sucursal _____ Localidad _____

El abajo firmante,

NOMBRE Y APELLIDOS _____
DIRECCION _____
POBLACION _____ CODIGO POSTAL _____

Autoriza a la **Societat Catalana d'Història de la Farmàcia**, con sede social en Barcelona, Calle Copons, 4, a que, a partir de la fecha, cargue los recibos correspondientes a las cuotas de socio en la siguiente cuenta, de la cual es titular:

CODIGO CUENTA															
ENTIDAD				OFICINA				D.C.		NÚM. CUENTA					

FECHA _____

Firma