

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN SOCIOS DSF

Nombre y Apellidos:

NIF:

Domicilio:

C.P.:

Población:

Provincia:

Tel.:

E- Mail:

DESEO SER SOCIO DE DENTISTAS SIN FRONTERAS

70 €

100 €

120 €

€ (puede proponer el importe que desee)

Orden Bancaria anual

Orden Bancaria semestral

DATOS BANCARIOS

IBAN

Entidad

Oficina

D.C.

Número de cuenta

Nombre de la entidad

Domiciliación Bancaria

Sr. Director:

Con cargo a mi cuenta, cuyo C.C.C. aparece abajo, ruego atienda los recibos que presentará Dentistas Sin Fronteras, hasta nuevo aviso por mi parte.

Atentamente,

Fecha / /

Firma: