

Sr. Director	DATOS DEL TITULAR DE PAGO
Entidad: _____	Núm. Cuenta: _____
Oficina: _____	Titular: _____
DC: _____	

_____ de _____ de 200_____

DOMICIALIZACION BANCARIA

Muy Sr. Mío:

Le ruego que con cargo a la Libreta de Ahorros/Cta. Corriente del epígrafe, se sirva pagar los recibos, que le presentara el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE MALAGA.

Atentamente

Firma:

Numero de colegiado: _____

D.N.I./C.I.F.: _____

DOMICILIO: _____

DISTRITO POSTAL: _____

TELEFONO: _____

EJEMPLAR PARA LA ENTIDAD BANCARIA