



SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
Av. De la Plata, 20 – 46013 Valencia – NIF: G-96155320

NOMBRE DEL BANCO:

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

C.P:

TITULAR DE LA CTA:

Iban	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta
ES				

Muy Sr. Mío:

Ruego a Vd. curse las órdenes oportunas para que, hasta nuevo aviso, sean hechos efectivos, con cargo a mi cuenta, los recibos que la Sociedad Valenciana de Rehabilitación y Medicina Física presentará anualmente a mi nombre.

Atentamente,

Firmado:

DNI / NIF:

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

C.P:

E-MAIL:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELÉFONO: