



Se autoriza al COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS, para que pueda percibir los justificantes que presente para su cobro a la siguiente cuenta:

Entidad Bancaria.....

Localidad

Nº de Cuenta:

ES _____
(código de cuenta con 24 dígitos).

En Burgos, a _____ de _____ de _____

Firmado: D/D^a _____
(Nombre y Apellidos)

N.I.F _____