

## **Orden de Domiciliación Bancaria**

**Referencia: CUOTA\_ANUAL\_SOCIO\_AACIB**

- A cumplimentar por el SOCIO (Acreedor)

**Razón Social / Nombre del Titular:** \_\_\_\_\_

CIF / NIF: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

**Entidad Bancaria:** \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN+CC: \_\_\_\_\_

Mediante la firma de la presente orden de domiciliación bancaria, usted autoriza a la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal (AACIB), con CIF: G90339334 a realizar el primer cargo correspondiente a su cuota anual y a los cargos recurrentes correspondientes a sus cuotas anuales en su cuenta bancaria

LOCALIDAD, FECHA Y FIRMA

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.01\_\_