

Inscrição de Sócio SPMA

Sócio nº _____

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____

Cédula Profissional nº _____

Telefone _____ **Telemóvel** _____

email _____

Especialidade _____

Pratica acupuntura _____

Data de Nascimento _____

Local de trabalho _____

BOLETIM DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Sócio nº _____

Nome (Completo) _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____

Ao Banco _____

Dependência _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____

Exmos Senhores

Por debito na minha conta D/O _____

NIB _____ (21 digitos) autorizo o pagamento anual, no mês de

MARÇO, por transferência bancária, para crédito da conta D/O da SPMA Sociedade Portugue-

sa Médica de Acupunctura NIB 003509060008968503037 da Caixa Geral de Depositos -

Dependência de Vila Real, da minha QUOTA NO VALOR DE SESENTA EUROS (60 EUROS)

A presente autorização produz efeito a partir do ano de _____

_____, de _____ de 20 _____

Assinatura bancária

Este boletim deverá ser enviado para a tesouraria da SPMA