



# HOJA DE INSCRIPCIÓN

**Nombre y Apellidos:**

**Dirección Farmacia:**

**Ciudad:**

**C. P.:**

**Teléfono:**

**Fax:**

**E-mail:**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_

Firma:

## DATOS BANCARIOS

**Autorizo a AFEZ** a cobrar las cuotas anuales de asociado mediante recibo domiciliado en la siguiente cuenta bancaria:

**Nombre del Titular de la Cuenta:**

**Banco/Caja:**

**Agencia:**

**Domicilo Sucursal:**

**Municipio:**

**C. P.:**

**Provincia:**

**20 Dígitos de Cuenta**

**Entidad**

--	--	--	--

**Sucursal**

--	--	--	--

**D. C.**

--	--

**Número de Cuenta**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Firma del Asociado:**