



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SOCIO ADHERIDO
– EMPRESAS DISTRIBUIDORAS –**

EMPRESA _____

DOMICILIO _____

C.P. _____ POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

N.I.F. _____ TFNO. _____ FAX _____

FECHA INICIO ACTIVIDAD _____ N° EMPLEADOS _____

PRODUCTOS DISTRIBUIDOS _____

DATOS PERSONALES DEL GERENTE O PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

C.P. _____ POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

N.I.F. _____ TFNO. _____ FAX _____

_____, a ____ de _____ de 20__

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Sr. Director de CAJA/BANCO _____

Agencia _____ N° Cuenta _____

Dirección _____

C.P. _____ Población _____ Prov. _____

Titular _____

CÓDIGO CUENTA CLIENTE

ENTIDAD OFICINA DC NÚMERO DE CUENTA

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

Muy Sr. mío:

Le ruego que, con cargo a la cuenta reseñada, se sirva atender los recibos que serán presentados por la ASOCIACIÓN DE FABRICANTES Y DISTRIBUIDORES DE ORTOPEDIA extendidos a mi nombre.

Atentamente,

Firma del Titular

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

C.P. _____ POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

N.I.F. _____ TFNO. _____ FAX _____