

FICHA DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

D./Dña. _____ con DNI: _____

AUTORIZO a la Fundación IDISSA a efectuar anualmente el cargo correspondiente a la *Cuota de Asociado Profesional* en mi cuenta número (20 dígitos):

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

del Banco/Caja _____

_____, ____ de _____ de 200_

Firmado:

NOTA IMPORTANTE: Cualquier cambio en los datos personales del asociado (domicilio, número de cuenta, etc.) debe de ser notificado a la Fundación IDISSA a la mayor brevedad posible.