



BOLETIM DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO POR DÉBITO DIRETO

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 dígitos) autorizo o pagamento anual,

no mês de MARÇO, por transferência bancária, para crédito da conta D/O da SPMECC

Sociedade Portuguesa de Medicina Estética e Cirurgia Cosmética

[NIB 0046.0101.00600366604.07](#) do Banco Popular - Dependência do Porto, da minha

QUOTA NO VALOR DE Cento e vinte EUROS (120 EUROS)

A presente autorização produz efeito a partir do ano de _____

Assinatura bancária

Este boletim deverá ser enviado para a tesouraria da SPMECC