



Associação Portuguesa de Licenciados em Farmácia
 E.C. Santa Clara – Apartado 11004 – 3041-401 Coimbra
 E-mail: geral@aplf.pt
 Site: www.aplf.pt

AO BANCO

Nome _____
 Balcão _____ Código _____
 Morada _____
 CP _____ - _____ Localidade _____

Autorização de Transferência Bancária

Declaro autorizar o pagamento da quotização anual à Associação Portuguesa de Licenciados em Farmácia (APLF) para o IBAN **PT50 0036.0052.99100223008.10** da conta sedeadada no Montepio Geral, nas condições a seguir discriminadas.

- Opção 1 - Um pagamento anual de 50 € [*5 de Janeiro de cada ano*]
- Opção 2 - Dois pagamentos semestrais, de 25 € cada [*5 de Janeiro e 5 de Julho de cada ano*]

International Bank Account Number - IBAN

PT50 ..

Sou o(a) Primeiro Titular da Conta - Sim Não

Se Não, por favor indique o nome do 1º Titular da conta

 Assinatura do Associado
 (Igal á que consta no Banco)