

D. \_\_\_\_\_

AUTORIZO a la ASOCIACION DE ANTIGUOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE GRANADA (A<sub>3</sub> F<sub>2</sub> G.), para presentar con cargo a mi cuenta o cartilla núm. \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_ C/. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_, todos los recibos de dicha ASOCIACION.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

FIRMA

N. I. F.: \_\_\_\_\_

### Domiciliación Bancaria

(Datos que figuran en cheque)

C.C.C. (Código Cuenta Cliente)												
Entidad			Oficina			DC		Nº cuenta				

NOTA IMPORTANTE: Las diez cifras del número de cuenta deben llenarse todas. Si tiene alguna duda en el número de cuenta, el banco o la sucursal, consulte a su entidad bancaria donde le informarán.

ASOCIACION DE ANTIGUOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE GRANADA

### BOLETIN DE INSCRIPCION

Apellidos y nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) D. P. \_\_\_\_\_

Año en que terminó la carrera \_\_\_\_\_ Ejerce la profesión en \_\_\_\_\_

¿Ostenta algún cargo profesional, social o político relacionado o no con la profesión farmacéutica? \_\_\_\_\_ ¿Cuál y donde? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos que continúen su tradición farmacéutica? \_\_\_\_\_

Tlfn.: \_\_\_\_\_

N. I. F. \_\_\_\_\_

El abajo firmante, cuyas circunstancias personales y profesionales se consignan más arriba, desea ser inscrito como ASOCIADO, aceptando las obligaciones y derechos que como tal corresponden.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

Firma: