Formulário de Autorização do Débito em Conta (ADC)

Nome:_____ Nº de sócio(a)_____

Carteira Profissional n.º _____Email: _____

IBAN:

P	T	5	0																			

BIC SWIFT:

Forma de Pagamento:

- Trimestral* ☐
- Semestral* ☐
- Anual* ☐

Nota: (*) O pagamento será efetuado no início do período

_____ _____

Data Assinatura

Ordem dos Farmacêuticos - Secção Regional do Norte
Rua Cantor Zeca Afonso, 793 |4200-534 Porto
Telf: 225073440 Email: geral@ofnorte.pt