

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA
CODIGO CUENTA CLIENTE (CCC)

Entidad	Oficina	DC	Número de cuenta

Banco/caja: _____

Domicilio/Agencia: _____

Les ruego se sirvan abonar con cargo a mi/nuestra Cc/Libreta de Ahorros el recibo que anualmente presentará al cobro la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL SEGURO PRIVADO (AMES).

Nombre: _____

Domicilio: _____

Población: _____

(Firma del titular)

_____ a _____ de _____ de 20____