



Associação de
Paralisia Cerebral
de São Miguel

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Transferência Bancária

Edição 1

IMP. 39

À Gerência do Banco: _____

Dependência de: _____

Agradeço que, até notificação em contrário, procedam à liquidação anual, por débito na minha conta bancária abaixo indicada, da quantia de _____ €, a partir de _____ / _____ / _____ apresentada pela Associação de Paralisia Cerebral de São Miguel.

A debitar na conta de (nome): _____

Sócio N.º: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

NIB: _____

Conta N.º: _____

Para o Banco: Millennium BCP

NIB: 0033 0000 4534 4994 7820 5

Em Nome da Associação de Paralisia Cerebral de São Miguel

_____, _____ de _____ de 2014

Assinatura do Cliente Bancário _____

(igual à que consta na ficha do Banco)