

Don / Doña _____

Con DNI _____

AUTORIZO a la Sociedad Gallega de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SOGAMIUC) a cobrar las cuotas de socio mediante domiciliación bancaria en el número de cuenta:

ENTIDAD BANCARIA: _____

IBAN: ES _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

TITULAR DE LA CUENTA: _____

Atentamente,

Firma _____

La autorización de la domiciliación puede enviarse :

- Entrega en mano a miembros de la Junta Directiva
- Envío de la autorización de domiciliación firmada y escaneada a comunicacion@sogamiuc.org
- Envío de la autorización firmada por correo postal a la siguiente dirección: SOGAMIUC, Rúa de San Pedro de Mezonzo, 39, 15701 Santiago de Compostela, A Coruña