



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA
SECRETARÍA GENERAL

C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha.
Tels. 91 544 58 79 - 91 544 80 35
Fax. 91 544 18 47
28015 MADRID

AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA ENTREGAR EN SU ENTIDAD BANCARIA

Muy Sres. míos:

Por la presente, les ruego que a partir de esta fecha y hasta nueva orden, tengan la amabilidad de abonar los recibos que con cargo a mi cuenta, que mantengo en esa Entidad, les presente la **Sociedad Española de Oftalmología**.

Atentamente

Nombre y apellidos _____

N.º cuenta

Código Cuenta Cliente				
IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
ES <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fdo. _____