

Autorització bancària

FEICAT—Empreses d'Inserció de Catalunya

Empresa d'Inserció associada _____
Persona responsable: _____, CIF _____
Adreça _____
Població: _____ CP: _____
Tel: _____ E-mail: _____

A Sr. Director del Banc/Caixa: _____

Preguem s'atenguin fins a nou avís els rebuts que mensualment els passarà l'associació "FEICAT—Empreses d'Inserció de Catalunya" en concepte de quota de subscripció contra la nostra c/c., així com la quota d'alta amb caràcter únic.

A _____, _____ d' _____ de 20 _____

Signatura i segell:

Soci Ordinari de la FEICAT

Quota d'alta: Fons social 150,00€

Quota Mensual: 50,00€ - Quota 45,00 + Fons social 5,00€

Tipus de pagament: Mensual Semestral Trimestral Anual

Domiciliació Bancària

Titular del compte: _____

Núm. Compte (IBAN) ES ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____