

Valor quota mensal _____ € N° Associado ou NIF _____

Periodicidade: Mensal Semestral Anual

Mail para cobrança _____

Ordenante/ conta a debitar

Nome _____

Banco _____

IBAN: PT50 _____

SWIFT _____

N° TELEMÓVEL _____

Exma. Entidade Bancária, Serve a presente para autorizar U. Exas. a:

a) Creditar a conta da AHRESP, por débito da nossa conta D.O. nos termos acima referenciados:

b) Os valores anuais da quotização, serão corrigidos de acordo com a decisão da Assembleia Geral. Pelo que o respectivo Banco fica autorizado a indexar os valores concretizados na presente Ordem de Transferência por mera comunicação escrita da AHRESP, sempre que, ocorram variações ao valor da quota.

Data _____

Assinatura(s) autorizada(s) a movimentar a conta conforme ficha bancária

.....
A preencher pelos Serviços Centrais AHRESP

Declaramos que recebemos o documento de autorização de pagamento por Debito Directo.

Data _____

Assinatura