



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

Rafael de Riego, 38 (Local) 28045 Madrid

T. 91 571 44 87 F. 91 571 45 86

Web. www.sefh.es

Sr. Director del Banco _____

Agencia _____ C/ _____

CP _____ Localidad _____ Provincia _____

Autorizo a que se hagan efectivos los recibos que a nombre de :

D. _____

en la c/c o libreta nº _____ sean

presentados por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Fecha y Firma.

DOCUMENTO PARA ENTREGAR EN EL BANCO.