AUTORITZACIÓ DE DOMICILIACIÓ BANCARIA A FEICAT – Empreses d'Inserció de Catalunya

Empresa d'Inserció associada: _____

Persona responsable: _____ **, CIF** _____

Adreça: _____

Població: _____ **CP.:**_____

Tel: _____ **Fax:**_____ **E-mail:** _____

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 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)

E S _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _