

**ASOCIACIÓN
BANCO DE ALIMENTOS DE CÁDIZ**

**C/ Chiclana s/n – Zona Franca.
Tfno.: 956 20 51 51 · Fax: 956 25 60 16
11011 Cádiz**

DOMICILIACIÓN BANCARIA

D/D^a _____

_____ D.N.I. _____

Domicilio _____

_____ C.P. _____

Teléfono _____ Ciudad _____

Correo Electrónico _____

Se suscribe a la aportación:

Anual de euros _____

Trimestral de euros _____

Mensual de euros _____

En concepto de colaboración a los fines benéficos de la **ASOCIACIÓN BANCO DE ALIMENTOS DE CÁDIZ**.

Banco/Caja _____

_____ Agencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ D.P. _____

Código Cuenta Cliente (C.C.C.)

_____|_____|_____|_____|
Entidad

_____|_____|_____|_____|
Oficina

_____|_____|
D.C

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Núm. De cuenta

Les rogamos que, a partir de esta fecha, atiendan el cargo a la cuenta reseñada, los recibos que por la cantidad y plazo indicados, presente la **ASOCIACIÓN BANCO DE ALIMENTOS DE CÁDIZ**.

_____ a _____ de _____ de _____

Firma: