

NOM I COGNOMS (del firmant).....

DNI (del firmant)

En representació de

NOM EMPRESA

NIF EMPRESA.....

Amb domicili DP

Població Província

Telèfon..... Mail

Mòvil WEB.....

AUTORITZACIÓ DOMICILIACIÓ BANCÀRIA DE REBUTS

AUTORITZA a la companyia LABNOSTRUM, S.L. amb CIF B - 5553515 des de la data present i amb caràcter indefinit, en tant continuïn les relacions comercials entre ambdues companyies, a efectuar tots els cobraments mitjançant rebut bancari al compte bancari especificat en la present autorització, segons ho exigeix la Llei de Serveis de Pagaments 16/2009.

DADES DE L'ENTITAT BANCÀRIA

NOM ENTITAT

DOMICILI ENTITAT

IBAN: ES
Entitat Oficina DC Núm. Compte

BIC: XXXX



Data

Firma i segell de l'empresa