



SOCIEDADE PORTUGUESA INTERDISCIPLINAR DO LASER MÉDICO  
SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151-1700 LISBOA Tel.:+351 218 427 100 | Fax:+351 218 427 199  
SECRETARIADO:Rua Augusto Macedo, 12 D Escritório 2 - 1600-503 LISBOA Telef.: +351 217 120 778 | Fax: +351 217 120 204 cristinavicente@veranatura.pt

**N/NIB: 003201140020051334615**

.....de.....de 20....

**Ao Banco** .....

**Dependência** .....

Exmos Senhores

.....,membro associado da SPILM

Morador em .....

.....CP.....-.....

titular da conta de Depósito nº ..... nesse banco , vem por este meio rogar a V. Exª que, por débito da referida conta, transfiram **anualmente, no dia 2 janeiro** para o Barclays Bank, conta nº 200513346, e NIB supra referido, dependência Benfica Estrada de Benfica, 422A 1500-102 Lisboa -, de que é titular a Sociedade Portuguesa Interdisciplinar de Laser Médico, a importância de

**40€**

com indicação àquele Banco do nome do emitente da ordem de pagamento.

.....  
(assinatura idêntica à existente no V/ Banco)

✍

Enviar para os seguintes e-mails: **spilm.laser@gmail.com** e **cristinavicente@veranatura.pt**

**À SOCIEDADE PORTUGUESA INTERDISCIPLINAR DO LASER MÉDICO**

Informo que autorizei o pagamento das quotas através do débito anual da minha conta bancária para o que remeto, nesta data, a necessária autorização ao

Banco .....  
Dependência ..... conta nº .....

Nome .....  
Associado nº.....

....., ..... de .....de 20....

.....(Assinatura)