



BOLETIN SUSCRIPCION TARJETA ORTODENTAL PLUS

Titular:

D/D^a _____

N.I.F.: _____ Domicilio _____

Núm.: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Letra: _____ Localid
ad: _____

Provincia: _____ Cód.Postal: _____

Teléfono

fijo _____ Móvil _____

Dirección de correo electrónico _____ -
_____ @ _____

Datos bancarios:

Nombre del Banco o Caja _____

Domicilio _____

Localidad _____

Nombre del Titular/es de la Cuenta: _____

Monto Total a Domiciliar: _____

IBAN

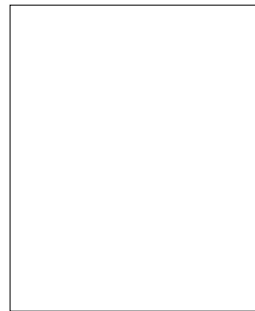
Le agradeceré de las órdenes oportunas para que con cargo a mi cuenta abajo referenciada, sean satisfechos los recibos que serán presentados por NOELIA MARÍA LÓPEZ RONQUILLO con D.N.I.: 48485195E respecto a la tarjeta ORTODENTAL.

LA CUOTA MENSUAL DE LA TARJETA ORTODENTAL PARA QUE DE DERECHO A LAS CONDICIONES GENERALES EXPUESTAS EN LA HOJA ANTERIOR SERA DE 8 € (OCHO EUROS) + 5€ (CINCO EUROS) ADICIONALES POR CÓNYUGE E HIJOS HASTA 22 AÑOS (INCLUIDOS).

Firma del titular:



Fotografía:



TITULARES AFILIADOS:

Cónyuge: _____

Hijo/a (1): _____

Hijo/a (2): _____

Hijo/a (3): _____

*En caso de familia numerosa a partir del 4 hijo no se paga

En _____ a _____ de _____ del
20_____