



NGHD

Núcleo de Gastreenterologia
dos Hospitais Distritais

SECRETARIADO EXECUTIVO

Ad Medic

Calçada de Arroios, 16 C - Sala 3 - 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19

Ao Banco _____

Dependência de _____

Exmo(a). Senhor(a) _____

Morador(a) _____

Titular da conta nº _____, nesse Banco, vem por este meio rogar a V. Ex.^a que, por débito da referida conta, transfiram anualmente para o BPI, **NIB 0010 0000 1711540001 02, PT50 0010 0000 1711 5400 0010 2, BBPIPTPL** de que é titular o **Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD)** a quantia de **12,5 € (doze euros e cinquenta cêntimos)**, correspondente ao valor anual da quota desta sociedade, de que sou membro associado, com indicação aquele Banco do nome do emitente da ordem de pagamento.

(assinatura igual à existente no Banco)

_____, ____ de _____ de 2020

.....

Ao Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais

Informo que autorizei o pagamento das quotas através do débito da minha conta bancária (transferência bancária com **períodicidade anual**) pelo que vos remeto nesta data a necessária autorização para o Banco _____,

Dependência _____, NIB _____,

Nome _____

(assinatura igual à existente no Banco)

_____, ____ de _____ de 2020