Concòrdia Farmacèutica
Fundació Privada

Nom i Cognoms: _____

Adreça: _____ **Població** _____

C.P._____ **Tel.**_____ **e.mail**_____

Vull col·laborar econòmicament als objetius de la *"Fundació Concòrdia Farmacèutica"*
amb la quantitat de _____ **€ que faré efectiva :**

Per una sola vegada ☐

Anualment ☐

Per taló nominal adjunt ☐

Per domiciliació bancària ☐ **Codi :** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Caixa o banc _____ Domicili Sucursal _____

Població _____ C.P. _____

Signatura del titular

Col·laborador (60 € a 150 €)
Col·laborador benemèrit (de 151 € a 600 €)
Protector (de 601 € a 1500 €)
Protector benemèrit (més de 1500 €)

Empleneu aquesta butlleta i envieu-la **PER CORREU** a: M. Subirà c. Viladecans, 21, Farmàcia. 08014 Barcelona