



## AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Autorizo a la Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Madrid al cobro de la donación de un importe de .....€, así como al tratamiento y cesión de los datos necesarios para la emisión de los recibos.

Apellidos.....  
Nombre.....  
Domicilio.....  
Población.....  
Provincia.....  
Telf.....  
D.N.I / N.I.F.....

Nº CUENTA:

Firma:

a ..... de ..... de 20..