

Nº COLEGIADO:.....

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DIRECCION.....

C.P..... CIUDAD ..... PROVINCIA.....

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO.....

N.I.F..... TELEFONO:D:..... MOVIL:.....

LUGAR DE TRABAJO ..... TELEFONO T. ....

FECHA ALTA.....FECHA BAJA ..... MOTIVO BAJA .....

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN  
TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES  
DE BURGOS

C/ San Julián, nº 7-1º dcha, 09002 BURGOS  
E-mail: burgos@cgtrabajosociales.es  
Tel. y Fax 947 209 306

Burgos,.....de .....de.....  
Sr. Dr. Banco / Caja .....  
Oficina .....Dirección .....  
.....Población .....

NOMBRE Y APELLIDOS TITULAR.....  
DOMICILIO.....  
C.P.....POBLACION.....  
NIF. TITULAR.....

Muy señor mío

Ruego a Vd. Disponga lo necesario para que a partir de la fecha de la presente sean abonados con cargo a mi c/c o Cartilla de Ahorros nº ...../...../.....en esa Entidad Bancaria, los recibos de Colegiado D. .... del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de BURGOS.

Agradeciéndole su atención, le saluda atentamente:

Fdo. Titular de la cuenta: