Łódź, dn…………………… r.

**Polskie Towarzystwo**

**Chorób Nerwowo – Mięśniowych**

**Oddział Regionalny w Łodzi**

Stałe oświadczenie dotyczące numeru rachunku bankowego

Niniejszym oświadczam, iż w przypadku konieczności wykonania przelewu bankowego przez Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo – Mięśniowych Oddział Regionalny w Łodzi na moją rzecz proszę o stosowanie poniższych danych.

Dane do przelewu bankowego

Imię i nazwisko ……………………………………………..…….

Ulica ……………………………………………..………………..

Kod, miejscowość ………………………………………………....

Numer rachunku bankowego …………………….………………..

Potwierdzam, że jestem właścicielem wskazanego rachunku bankowego.

O zmianie danych powiadomię Towarzystwo drogą pisemną niezwłocznie.

……………………..

Czytelny podpis