



**API TAULÍ**  
Associació  
Professional  
d'Infermeres

## AUTORITZACIÓ COBRAMENT PER NÒMINA

En /Na .....

Amb DNI ....., autoritzo a que em sigui descomptada de les nòmines dels mesos de juny i desembre de cada any, la quota de l'Associació Professional d'infermeres de la CSPT.

CODI NÒMINA .....

Data .....

Signatura