

SAAE   
Entrada n.º , em

Exm.<sup>o/a</sup>  
Coordenador/a dos serviços académicos e de apoio ao estudante da  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Area reservada para a entidade credora

**Autorização de Débito Direto**



Identificação do credor   
Número autorização

Eu,

**Autorizo por débito de minha/nossa conta abaixo indicada proceda ao pagamento das importâncias que lhes foram apresentadas por ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Data 

Ano	Mês	Dia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IBAN

Assinatura

**Dados pessoais**

(Nome completo)  aluno n.º

do curso de

Telefone:  Telemóvel:  E-mail:

Porto,  (data)

O(A) estudante: \_\_\_\_\_

**Reservado aos serviços**

Porto e ESEP,   
O funcionário, \_\_\_\_\_

Enviado aos serviços financeiros em   
O funcionário, \_\_\_\_\_