

AUTORIZACION PARA AGRUPACION FACTURAS TRIMESTRALES

_____ en representación de
(Nombre, Apellidos y DNI del Firmante)
_____ con CIF/NIF _____ con domicilio
(Razón Social)
_____ Población _____
Provincia _____

AUTORIZA

A la Organización Interprofesional del Vino y con carácter indefinido que a través del Sistema de Gestión de la Extensión de Norma, agrupe mi facturación mensual a facturación trimestre natural.

Firma y sello de la Empresa
