



SIMECAL

Sindicato Médico de Castilla y León.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN.

DATOS PERSONALES

Don/Doña.....

Dirección..... N°....., Piso.....,
Localidad....., C.P....., Provincia.....,
D.N.I....., Móvil....., Correo-E:

DATOS PROFESIONALES

Destino Situación Administrativa",
Dirección Laboral C/....., N°....., Piso.....,
Localidad....., C.P....., Provincia....., Tlf.....,
Correo-E:

Solicita su inscripción en el Sindicato Médico de Castilla y León (SIMECAL), de conformidad con lo dispuesto en los Estatutos del mismo.

En..... a..... de..... de 20.....

Fdo.

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad Bancaria.....
Localidad..... Provincia....."

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente, se sirvan abonar con cargo a mi C/C o Libreta de ahorros, el importe de mi cuota de miembro de SIMECAL.

Fdo.

CÓDIGO IBAN

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚM. CUENTA
ES	_____	_____	_____

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos, le informamos de que los datos de carácter personal voluntariamente proporcionados se integrarán en nuestro fichero de afiliados, a los efectos de su uso sindical. Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne, rectificarla si es errónea o cancelarla, así como oponerse a su tratamiento. Para ello debe dirigirse por escrito a Unión Sindical de Castilla y León, c/ José Zorrilla, 3 3°C 34001 Palencia, indicando claramente su nombre, apellidos y dirección.