

DATOS DE AFILIACIÓN

RELLENE ESTA HOJA CON LETRA CLARA Y ENTRÉGUELA EN NUESTRA SEDE O SECCIONES SINDICALES

FECHA: ____/____/____

DATOS PERSONALES

APELLIDO 1: _____
APELLIDO 2: _____
NOMBRE: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
NIF: _____
DOMICILIO: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ **LOCALIDAD:** _____ **PROVINCIA:** _____
TFNO.: _____ **TFNO. TRABAJO:** _____ **TFNO. MÓVIL: (____) _____**
E-MAIL: _____
Nº COLEGIADO: _____ **TITULACIÓN (Especialidad):** _____

DATOS LABORALES

EMPRESA: _____ **PÚBLICO** **PRIVADO**
A. PRIMARIA **A. HOSPITALARIA** **SUMMA 112**
CENTRO DE TRABAJO: _____
DIRECCIÓN ASISTENCIAL: NORTE SUR ESTE OESTE CENTRO NOROESTE SURESTE
RELACIÓN LABORAL: ESTATUTARIO FUNCIONARIO LABORAL AUTÓNOMO
NOMBRAMIENTO: PROPIETARIO INTERINO EVENTUAL MIR AÑO INICIO
OTROS TRABAJOS: _____

DATOS BANCARIOS

IBAN (4 dígitos)	E	S							
Entidad (4 dígitos)									
Oficina (4 dígitos)									
Dígito de control (D.C.) (2 dígitos)									
Número de cuenta (10 dígitos)									

SOLICITA CUOTA REDUCIDA:

FIRMA: _____

Cuotas de afiliación (desgravables del IRPF):

- **Ordinaria:** 36 € trimestrales
- **Reducida:** 12 € trimestrales (Desempleados, Jubilados y MIR)

La presentación debidamente firmada de la solicitud de afiliación supone la aceptación de los Estatutos y demás normas reguladoras de AMYTS.

En cumplimiento de lo dispuesto en la L.O.P.D 15/1999 al realizar este formulario, Vd. da su consentimiento expreso para que sus datos se incorporen a un fichero automatizado de datos, cuya finalidad es la de gestión de afiliados y funciones propias de los sindicatos (Ley Orgánica 11/1985 de 2 de Agosto de Libertad Sindical, Ley 19/1977 de 1 de Abril sobre regulación del derecho de Asociación Sindical y Ley 9/1987 de 12 de Junio de órganos de Representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas).

Se le informa en virtud del art. 15 de la citada Ley de que puede ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición para lo cual puede dirigirse a la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS).

El responsable del fichero es la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid.