

HOJA 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 OTROS

OTROS TRABAJOS:

DATOS BANCARIOS

IBAN (4 dígitos)

Entidad (4 dígitos)

Oficina (4 dígitos)

Dígito de control (D.C.) (2 dígitos)

Número de cuenta (10 dígitos)

E	S		

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.

C/ Covarrubias, 36 28010-Madrid Teléfono: 91 594 35 36 -91 448 81 42 Fax: 91 448 76 90

Correo electrónico: secretaria@amyts.es – pagina web www.amyts.es

 AmytsMédicos  @amytsmedicos

