Sindicato Médico Andaluz
Córdoba

SOLICITUD DE AFILIACIÓN Nº:

Apellidos y nombre ……

Calle:……nº …..

Población……CP……..Provincia……

Teléfonos: Casa …… Móvil …… Trabajo ……

Correo electrónico: ……

Fecha nacimiento: / / . NIF: ……..

Colegiado (provincia y número)……

Especialidad: ……..……..

DATOS LABORALES:

Atención Primaria Hospitalario SAS Empresa Pública Privado

Situación Laboral: Fijo Interino: Sustituto: Eventual Paro: Tipo

de Plaza: APD Estatutario Laboral Funcionario MIR

Centro de Trabajo …….

Categoría: ……..……

Notas de Confidencialidad, Política de Privacidad y Consentimiento

En base a la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (LSSICE), en vigor desde el 12 de octubre de 2002 y del Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679 de 27 de abril de 2016, le comunicamos que los datos facilitados en esta solicitud de afiliación formarán parte de un fichero automatizado cuyo responsable es el Sindicato Médico de Córdoba, siendo su objeto continuar nuestra relación informativa y servicial. Los datos recopilados se mantendrán indefinidamente en nuestros ficheros salvo baja como afiliado o que ejerza cualquiera de los derechos legalmente establecidos. En virtud de las Leyes antes mencionadas, tiene derecho de oposición, acceso, portabilidad, rectificación, supresión y limitación de sus datos. Puede ejercer sus derechos enviándonos un correo a la Secretaría y/o Delegado de Protección de Datos de este sindicato al correo simec@smacor.com. También el interesado podrá presentar en cualquier momento reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos www.aepd.es. Sus datos podrán ser comunicados a las Asesorías Jurídicas y Fiscal de este sindicato así como al Sindicato Médico Andaluz con la misma finalidad de prestación de servicios y nunca serán suministrados a otros terceros bajo ningún concepto.

Mediante mi firma expreso el conocimiento de lo anteriormente descrito y doy mi consentimiento para recibir comunicaciones escritas, telefónicas y/o correo electrónico desde el Sindicato Médico de Córdoba

Fecha: Firma

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Apellidos y nombre: …….....

Calle:……..……nº …….

Población: ……..……CP ……

Provincia……..……

Banco o caja: ……

Sucursal: ……

IBAN …….

Autorizo a Vds para que a partir de la fecha presente abonen los recibos que con cargo a mi cuenta sean presentados por el SINDICATO MÉDICO DE CÓRDOBA.

En …….. a …… de …….. de ……

Firma:

Notas de Confidencialidad, Política de Privacidad y Consentimiento

En base a la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (LSSICE), en vigor desde el 12 de octubre de 2002 y del Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679 de 27 de abril de 2016, le comunicamos que los datos facilitados en esta solicitud de afiliación formarán parte de un fichero automatizado cuyo responsable es el Sindicato Médico de Córdoba, siendo su objeto continuar nuestra relación informativa y servicial. Los datos recopilados se mantendrán indefinidamente en nuestros ficheros salvo baja como afiliado o que ejerza cualquiera de los derechos legalmente establecidos. En virtud de las Leyes antes mencionadas, tiene derecho de oposición, acceso, portabilidad, rectificación, supresión y limitación de sus datos. Puede ejercer sus derechos enviándonos un correo a la Secretaría y/o Delegado de Protección de Datos de este sindicato al correo simec@smacor.com. También el interesado podrá presentar en cualquier momento reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos www.aepd.es. Sus datos podrán ser comunicados a las Asesorías Jurídicas y Fiscal de este sindicato así como al Sindicato Médico Andaluz con la misma finalidad de prestación de servicios y nunca serán suministrados a otros terceros bajo ningún concepto.