

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Nombre:

Apellido: Apellido:

Teléfono: Teléfono:

Fecha de nacimiento: N.I.F.:

Email.:

Calle:

Ciudad: Código Postal:

Centro de Trabajo:

Cuerpo:

Puesto de trabajo:

En a de de

Firma.

De conformidad con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos personales que nos facilita serán incorporados a un fichero bajo responsabilidad del Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria, con la finalidad de gestionar su afiliación, permitir el ejercicio de los derechos y obligaciones previstas en los estatutos y mantenerle informado/a de sus actividades por cualquier medio. Le informamos también que en cualquier momento puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un correo electrónico dirigido a lopd@spsp.es. Mediante la firma de la presente ficha nos da su consentimiento expreso para tratar sus datos de acuerdo con las finalidades descritas anteriormente. En el caso de causar baja como socio de esta entidad, consiente que se puedan conservar sus datos con fines históricos y estadísticos.

* Escanear el documento una vez firmado y enviar a altas@spsp.es



SINDICATO PROFESIONAL DE SANIDAD PENITENCIARIA

CARGO EN NÓMINA

D.

con D.N.I. número con puesto de trabajo , solicita

que a partir de la fecha proceda a adeudar en su nómina el concepto de “cuota sindical” a favor del SINDICATO PROFESIONAL DE SANIDAD PENITENCIARIA (SPSP), en la cuantía de 20 € aprobada en la asamblea general el día 8 de julio de 2015.

Número de cuenta: IBAN ES07 0049 0519 7728 1017 7026. CIF: G76678234

En a de de

Firma.

* Entregar el documento firmado en la Habilitación.