

SINDICATO DE MÉDICOS DE CASTILLA LA MANCHA
BOLETÍN DE AFILIACIÓN

Apellidos y nombre

--

Fecha de nacimiento

DNI

Email

--	--	--

Domicilio

Población / CP

--	--

Teléf. Móvil

Whatsapp

Teléf. Fijo

Teléf. Trabajo/ I.P.

	SI / NO		
--	---------	--	--

GAI

Centro Trabajo / Localidad

Especialidad

--	--	--

Ámbito Sanitario

Act. Privada

Cargo

PROP. INTER. EST. LABO. PEAC FUNC	SI / NO	
--	----------------	--

(Las cuotas sindicales son desgravables de la declaración de la renta)

ORDEN DE DOMICIALIZACIÓN BANCARIA

Por la presente y hasta nueva orden, se autoriza al Sindicato de Médicos de Castilla La Mancha a pasar TRIMESTRALMENTE, con cargo a mi cuenta en esa oficina, los recibos correspondientes a mi cuota de afiliado/a.

IBAN ENTIDAD SUCURSAL DC NÚMERO DE CUENTA (todos)

--	--	--	--	--

Dr. /a. D. /D^a:.....

Fecha y firma

Responsable del Tratamiento: SINDICATO MEDICO DE CASTILLA-LA MANCHA

Fin del tratamiento:

- a) Gestión de afiliados para su defensa social jurídica y profesional, el cobro de cuotas y la comunicación con los mismos.
 b) Envío de información, publicidad y comunicaciones comerciales: Consiento No consiento

Legitimación del tratamiento: consentimiento del interesado. **Comunicación de los datos:** A los bancos y cajas de ahorro para el abono de las cuotas y a la administración tributaria. **Conservación de los datos:** los datos de la hoja de afiliación serán conservados hasta que el interesado solicite la baja y los datos de contables/fiscales durante el plazo legalmente establecido. **Derechos que asisten al interesado:** - Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. - Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos: SINDICATO MÉDICO DE CASTILLA LA MANCHA, calle Calatrava 2-1ºB, 13001 Ciudad Real o a través de correo electrónico a simed@manchanet.es, junto con prueba válida en derecho, como fotocopia del D.N.I. e indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS".