

**FORMULARIO DE AFILIACION**

Nº Afiliado:

Nombre y Apellidos:				
NIF:		Fecha de alta:		Cuota mensual: 10,00€
F. de nacimiento:		Ocupación:		
Depto./Sección:	OPERACIONES	Centro:		
Dirección:				
Código Postal:		Localidad:		
Teléfono trabajo:		Teléfono móvil:		
e-mail trabajo:			Firma:	
e-mail personal:				
Medio preferente de comunicación (marca con X)				
<input type="checkbox"/>	TELÉFONO	<input type="checkbox"/>	EMAIL	

En cumplimiento de la LOPD 15/1999, SBA le informa que sus datos quedarán incorporados en una base de datos de carácter confidencial y exclusivo del Sindicato. SBA no cederá ni usará esta información personal con terceros, salvo su nombre, NIF, ocupación y centro de trabajo a la CSPA a los únicos efectos de justificar el censo de afiliados y por tanto la representatividad de SBA dentro de la CSPA, tal y como establecen los estatutos de la CSPA. Igualmente SBA cancelará, borrará y/o bloqueará los datos cuando resulten inexactos, incompletos o hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para su finalidad, garantizándole su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición tal como indica la LOPD.

Fotocopiar, cortar y entregar a RRHH del centro de trabajo sólo la parte de abajo



El empleado D.

Con DNI  y la ocupación de

en el Departamento de Operaciones.

SOLICITA: que desde el mes de  de 2.0 , le sea ingresada la cuota mensual de afiliación de 10€ (diez euros) a SBA (Sindicato de Bomberos de Aeropuerto).

Nº de IBAN ES63.0128.0573.4201.0004.9305 de Bankinter.

Si  / No  Solicito, además darme de baja de cualquier otro pago a cualquier otro Sindicato.

En  a  de  de 2.0

Firmado: .....