

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

SINDICATO DE BOMBEROS AERONÁUTICOS

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 **ES63.0081.0155.8100.0412.1718** de Banco Sabadell.Si / No Solicito, además darme de baja de cualquier otro pago a cualquier otro Sindicato.

En

a

de

de 2.0

Firmado: