

SINDICATO MEDICO DE AVILA

BOLETÍN DE AFILIACIÓN

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE:.....

DIRECCIÓN:.....Nº.....

POBLACIÓN:.....CP.....

TELEFONO/S:.....AÑO LICENCIATURA:.....

FECHA NACIMIENTO:...../...../19..... DNI:.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

CENTRO DE TRABAJO

LUGAR:.....

CARGO O PLAZA :.....SERVICIO:.....

ESPECIALIDAD:.....TELEFONO:.....

FIRMA:

FECHA:...../...../200..

DATOS BANCARIOS

NOMBRE DEL BANCO O CAJA:.....

DOMICILIO DE LA AGENCIA:.....Nº.....

POBLACIÓN DE LA AGENCIA:.....Provincia:.....

Nº CUENTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOMICILIACION BANCARIA

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

BANCO O CAJA:.....

DOMICILIO DE LA AGENCIA:.....

POBLACIÓN:.....

Nº CUENTA (20 DÍGITOS).....

Autorizo a Uds para que a partir de la fecha de la presente, abonen los recibos que con cargo a mi cuenta sean presentados por el SINDICATO MEDICO DE AVILA.

FIRMADO:

FECHA :...../...../200...

Enviar por correo a: Sindicato Médico de Ávila
c/ San Juan de la Cruz, 26
05001 ÁVILA