



SINDICATO MÉDICO DE CÁDIZ

C/Sierra del Aljibe Bloque 6 local Interior
C.P. 11407 - Jerez de la Frontera (Cádiz)

☎ 671.678.173

☎ 956.32.92.75



MAIL: smcadiz@smedicocadiz.org

WEB: <http://www.smedicocadiz.org>

SOLICITUD DE AFILIACIÓN Nº _____ Mediante la firma de este documento solicito la afiliación al SINDICATO MÉDICO DE CÁDIZ

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombre _____

Dirección _____

Población _____ C. Postal _____ E-mail _____

Tfno. Móvil _____ Fecha Nacimiento: _____ DNI: _____

DATOS PROFESIONALES

Centro de Trabajo (Hospital/Distrito) _____ Servicio/ZBS _____

Población _____ Cargo o plaza _____ Nombramiento (Titular / Interino / Eventual) _____

Especialidad _____ Guardias (SI/NO) _____ Actividad Privada (SI/NO) _____

Esta solicitud de afiliación debe acompañarse de fotocopia de DNI

¿Procedes de estar afiliado en el S.M.A. de otra provincia? **SI** **NO**

INFORMACIÓN FISCAL: Te informamos que las cuotas abonadas al S. M. de Cádiz son deducibles en su totalidad de la Declaración de la Renta. Apartado A (rendimientos del trabajo).

Responsable: SINDICATO MEDICO DE CÁDIZ; Finalidad: GESTIÓN DE LOS AFILIADOS PARA SU DEFENSA SOCIAL JURÍDICA Y PROFESIONAL; Legitimación: interés legítimo del Responsable; Destinatarios: Se cederán datos al sistema de mensajería WhatsApp con la finalidad de comunicaciones profesionales a los interesados

SI CONSIENTO - **NO CONSIENTO** ; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del responsable del tratamiento; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: www.smedicocadiz.org

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Código IBAN											
E	S										

Con cargo a mi cuenta corriente sírvase atender los recibos que presente el Sindicato Médico de Cádiz de euros 13,00 (trece) mensuales. Los recibos se pasarán bimensualmente.

En _____ a _____ de _____ 202_____

Firma:

En sesión celebrada por el Comité Ejecutivo, en el día de la fecha, se dio cuenta de esta petición, acordándose admitir como afiliado al solicitante.

Jerez de la Frontera, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo: Secretario General