

DATOS AFILIACIÓN

PROVINCIA DE AFILIACIÓN CATEGORÍA

DATOS PERSONALES

APELLIDO 1º APELLIDO 2º

NOMBRE D.N.I. FECHA DE NACIMIENTO SEXO H M

DIRECCIÓN NÚMERO BLOQUE ESC. PISO PUERTA/LETRA

LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL MÓVIL

PROVINCIA

E-MAIL

DATOS CENTRO DE TRABAJO

FIJO/INDEFINIDO INTERINO CONTRATADO DESEMPLEADO

CENTRO DE TRABAJO

SERVICIO

DATOS BANCARIOS * Cumplimentar hoja adjunta normativa SEPA

ENTIDAD BANCARIA DIRECCIÓN

LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL PROVINCIA

IBAN

FORMA DE PAGO

SEMESTRAL

ANUAL

MENSUAL SÓLO NÓMINA

EN EFECTIVO

BANCO

OTROS SERVICIOS DE S.A.E. OPCIONALES

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL COMPLEMENTARIO

PRECIO SEGURO: 15 €

La afiliación conlleva la suscripción gratuita a la Revista Nosocomio.

El seguro obligatorio al que el profesional queda suscrito al afiliarse, cubre la responsabilidad civil del afiliado, derivada de los daños corporales causados a terceras personas, a consecuencia de faltas, errores, omisiones o negligencias involuntarias cometidas en el desarrollo de su actividad. No entrará en vigor hasta que el recibo de la cuota de afiliación esté aceptado y abonado por su entidad bancaria.

En nombre de SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA (en adelante SAE) tratamos la información que nos facilita con el fin de desarrollar nuestra actividad sindical, la cuota sindical, suscripción del seguro, formación y suscripción a la revista Nosocomio. Sin su consentimiento, no nos será posible gestionar su pertenencia a SAE.

Tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, solicitar su supresión. Tiene derecho a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo, así como el derecho a su portabilidad o a presentar una reclamación ante la autoridad de control. Más información de privacidad en la web: www.sindicatosae.com

Firme que conoce y acepta el tratamiento de datos personales descrito para todas las finalidades descritas: SI

NO

Firma del titular

Fecha _____ a _____ de _____ de _____



SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: CUOTA AFILIACIÓN SAE

Mandate reference

Identificador del acreedor: 000G78757721

Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

Dirección / Address

CALLE TOMÁS LÓPEZ Nº 3 - 2º

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

28009 MADRID

País / Country

ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name

(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago:

Type of payment

Pago recurrente
Recurrent payment

Fecha - Localidad:

Date - location in which you are signing

Firma del deudor:

Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE