Aragón

Madre Vedruna, 10 5º -D.
50008 ZARAGOZA
Tfno: 976 239371 Fax: 976 239372
cesmaragon@cesmaragon.org

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE… ....

DIRECCIÓN ....

POBLACIÓN.. C..POSTAL ....

TLF FIJO Y MOVIL.. E-MAIL ....

FECHA NACIMIENTO .... D.N.I ....AÑO LICENCIATURA ....

DATOS LABORALES

CENTRO DE TRABAJO ....

ESPECIALIDAD .... CARGO O PLAZA ....

ATENCIÓN PRIMARIA ☐ ATENCIÓN ESPECIALIZADA ☐ MEDICINA LIBRE ☐

FIJO /PROP ☐ INTERINO ☐ DISCONTINUO ☐ OTROS...

ESTATUTARIO ☐ LABORAL ☐ FUNCIONARIO ☐ OTROS ....

Solicita la admisión en el Sindicato Profesional de Médicos de Aragón, aceptando sus fines de defensa laboral, profesional, social y económica, así como sus estatutos.

Firma Zaragoza, a de de 2

AVISO LEGAL: Le informamos que, en aplicación de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, todos los datos personales que nos facilite serán incluidos en el fichero "AFILIADOS CESMARAGON" responsabilidad de "CESMARAGON. Sindicato de Médicos de Aragón" con el fin de gestionar los afiliados, realizar las actividades propias del sindicato y proceder al envío de informaciones periódicas sobre la actividad del sindicato y noticias en relación con la actividad profesional médica. El fichero cumple con todas las medidas de confidencialidad y seguridad en el tratamiento de sus datos personales, garantizando la más absoluta seguridad a la información que nos facilite. Asimismo le informamos de que sus datos personales no son cedidos a entidad ni persona alguna, salvo en los casos legalmente permitidos o cuando es necesario para el cumplimiento de los servicios del sindicato, por ello mismo, usted autoriza a CESMARAGON al tratamiento de los datos facilitados y a su cesión a los entes públicos y privados necesarios para el desempeño de los servicios ofrecidos por CESMARAGON. No obstante, el interesado, y en su caso quien lo represente, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de conformidad a lo dispuesto en la normativa aplicable mediante escrito dirigido a la siguiente dirección: "CESMARAGON. Sindicato de Médicos de Aragón". C/ Madre Vedruna, nº 10, 5°D, C.p 50.008 Zaragoza.

- -

(Cortar por la linea de puntos)

DATOS BANCARIOS

APELLIDOS Y NOMBRE ....

BANCO O CAJA .... Nº DE AGENCIA ....

DOMICILIO:...CP:..

Nº CUENTA (20 dígitos) --

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

Firma Zaragoza, a de de 2