



(No rellenar las casillas sombreadas)

DATOS PERSONALES:

Documento de identidad:
Nombre: 1er. Apellido: 2o Apellido:
Dirección postal: Código postal:
Provincia / Municipio / Localidad:
Teléfono de contacto: Email:(obligatorio)

DATOS LABORALES:

Fecha de ingreso:
Unidad Médica de:
Dirección Provincial del INSS en:
Dirección del centro de trabajo: Código postal:
Provincia / Municipio / Localidad:
Teléfono de contacto profesional: Email profesional (IU):

Cláusula RGPD.- Afiliación y representación sindical

Responsable del tratamiento: Sindicato de Inspectores Médicos de la Seguridad Social (en adelante SIMEDISS) - CIF: G-21826680 / Dir. Postal: Calle Marqués de Urquijo nº 16 1º Izda (CP28008)/ Contacto Delegado de Protección de Datos: sindicatosimediss@gmail.com

En nombre de SIMEDISS te informamos de que trataremos la información que voluntariamente nos facilites con las siguientes finalidades principales: a) Gestión de todo lo relacionado con tu condición de afiliada/o, b) Elaboración de estadísticas, y c) En caso de ostentar representación sindical, se tratarán tus datos para la realización y seguimiento de las actividades sindicales contempladas por la legislación específica.

Además, SIMEDISS solicita tu autorización expresa para el tratamiento de tus datos con las siguientes finalidades adicionales: Oferta de otros servicios de diferente índole que pueden ser de tu interés. Si No

Las bases jurídicas que nos legitima a todos los tratamientos anteriores son: 1) Obtención de tu Consentimiento expreso, 2) Correcta ejecución del contrato firmado entre las partes, 3) Exigencias legales, e 4) Interés legítimo.

Para gestionar correctamente las finalidades principales anteriormente mencionadas será necesario ceder tus datos a otros colectivos (Asociados de SIMEDISS). Pero en cualquier caso no será necesario enviar tus datos a países que se encuentren situados fuera de la Unión Europea.

Tienes derecho a acceder a tus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios, así como a otros derechos, mediante comunicación escrita a sindicatosimediss@gmail.com

Firma del afiliado/a

Población y fecha:

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA:

REFERENCIA DE LA ORDEN DE DOMICILIACIÓN:
IDENTIFICACIÓN DEL ACREEDOR/A:
NOMBRE ACREEDOR/A:
DIRECCIÓN: Código postal:
Provincia / Municipio / Localidad:

Nombre del deudor/a (Titular de la cuenta):

DIRECCIÓN: Código postal:

Población / Provincia / País:

SWIFT BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)

Nº de cuenta (IBAN):

Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el Deudor autoriza:

- a) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta
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 del adeudo en cuenta.

Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

FIRMA DEL DEUDOR/A

Localidad y fecha: