



SINDICATO MÉDICO DE CÓRDOBA

Avda. de los Molinos 7, 3º-3. Córdoba 14001

Telf. 957498632.- Fax: 957479484

e-mail: [simec@smacor.com](mailto:simec@smacor.com) Web: [www.smacor.com](http://www.smacor.com)

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Nº:

Apellidos y nombre: .....

Calle: ..... nº .....

Población: ..... CP ..... Provincia .....

Teléfono: ..... Móvil ..... Trabajo .....

Correo electrónico: .....

Fecha nacimiento:    /    /    . NIF: .....

Colegiado (provincia y número)..... Especialidad: .....

DATOS LABORALES:

Atención Primaria                      Hospitalario                      SAS                      Empresa Pública                      Privado

Situación Laboral: Fijo                      Interino:                      Sustituto:                      Eventual                      Paro:

Tipo de Plaza: APD                      Estatutario:                      Laboral:                      Funcionario:                      MIR

Centro de Trabajo: .....

Distrito / Área Sanitaria / Hospital ..... ZBS / Servicio: .....

Categoría: .....

En ..... a ..... de ..... de

Firma:

Declaro que son ciertos todos los datos que figuran en este documento.

Nota de Confidencialidad y Política de Privacidad

El Sindicato Médico de Córdoba, en base a la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (LSSICE) y de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, le comunica que los datos recogidos en esta solicitud pasan a formar parte de nuestro fichero automatizado, con la exclusiva finalidad de su uso dentro del Sindicato y las necesidades derivadas de la atención sindical y servicial. En virtud de las Leyes antes mencionadas, tiene derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos, pudiendo ejercer sus derechos enviándonos un correo a [simec@smacor.com](mailto:simec@smacor.com). Le recordamos que sus datos nunca son suministrados a terceros bajo ningún concepto, siendo únicamente utilizados para prestarle a Vd nuestros servicios.

## DOMICILIACIÓN BANCARIA

Apellidos y nombre: .....

Calle:..... n° .....

..

Población: ..... CP ..... Provincia.....

.... Banco o caja: .....

Sucursal: .....

Libreta / CC

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

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma:

### Nota de Confidencialidad y Política de Privacidad

El Sindicato Médico de Córdoba, en base a la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (LSSICE) y de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, le comunica que los datos recogidos en esta solicitud pasan a formar parte de nuestro fichero automatizado, con la exclusiva finalidad de su uso dentro del Sindicato y las necesidades derivadas de la atención sindical y servicial. En virtud de las Leyes antes mencionadas, tiene derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos, pudiendo ejercer sus derechos enviándonos un correo a [simec@smacor.com](mailto:simec@smacor.com). Le recordamos que sus datos nunca son suministrados a terceros bajo ningún concepto, siendo únicamente utilizados para prestarle a Vd. nuestros servicios.