



C/ Navarro Reverter nº11,3º  
 46004 - Valencia  
 Telef.: 96.351.73.76  
 Fax.: 96.351.76.28

[CESMVCV@mail.ono.es](mailto:CESMVCV@mail.ono.es)  
[cesm-cv@cesm-cv.org](mailto:cesm-cv@cesm-cv.org)  
[www.cesm-cv.org](http://www.cesm-cv.org)

**SINDICATOS MEDICOS**

APELLIDOS Y NOMBRE

NIF  Nº Colegiado  Fecha Nacimiento

DOMICILIO

LOCALIDAD  DISTRITO POSTAL

TELEFONO  TELEFONO MOVIL

E-MAIL

ESPECIALIDAD

LUGAR DE TRABAJO

**TIPO DE CONTRATO**

TITULAR  INTERINO  EVENTUAL  REFUERZO  A.CONTINUADA  OTROS

REALIZA GUARDIAS  CENTRO DONDE LAS REALIZA

ORIGEN DE AFILIACION

(En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter Personal, les informamos que, salvo que nos indiquen lo contrario, sus datos podrán ser cedidos a entidades e instituciones con las que este SINDICATO colabora para enviarles información de su interés. Así mismo, les recordamos que si no desean recibir esta información o desean hacer alguna rectificación o anulación de sus datos, les rogamos que nos lo comuniquen por escrito a la secretaria del SINDICATO, indicando claramente su nombre, apellidos y dirección).

**DATOS BANCARIOS**

BANCO	SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**DOMICILIACION BANCARIA**

SR. DIRECTOR DEL BANCO \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA ENTIDAD \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ D.P. \_\_\_\_\_

Muy Sr. Mío: Ruego a Vd., que a partir de la fecha, los recibos emitidos por el SINDICATO MEDICO INDEPENDIENTE DE VALENCIA, (SMIV), sean cargados en mi cuenta número:

BANCO	SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Atentamente, \_\_\_\_\_  
 Valencia a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_