

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

<https://www.cesm-cv.org>

Apellidos, Nombre

Domicilio

Localidad Código postal

Correo electrónico

Teléfono Fecha de nacimiento DIA MES AÑO

Teléfono móvil

Número de Colegiado NIF

Especialidad

Lugar de trabajo

Departamento

Delegación

¿Guardias? NO SI Lugar de Guardia

Relación contractual Estatutario Funcionario Tipo de contrato Fijo Interino Acúmulo de tareas Atención continuada Laboral

Domiciliación bancaria

IBAN E S

De acuerdo por lo dispuesto por la L.O. 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante esta vía serán incluidos en un fichero de datos en formato papel y serán incluidos en un fichero automatizado de datos, cuya finalidad será la correcta gestión de las acciones y la relación con el Sindicato. Para ello, es posible que se tengan que remitir sus datos a las organizaciones o entidades que promueven la acción formativa a través del Sindicato Médico CSM-CV o las Sedes Provinciales de Alicante, Castellón o Valencia, por meros imperativos legales y de gestión. Sus datos no serán utilizados con fines comerciales, aunque sí es posible que sean utilizados para mantenerle informado de las actuaciones.

Firma y fecha

de de