SINDICATO MEDICO DE NAVARRA

c/Lur Gorri, 20 (trasera) - 31010 BARAÑAIN - Teléfono 948 15 18 62

e-mail info@smnavarra.org - www.smnavarra.org

SOLICITUD DE INGRESO

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE: .....

DNI/NIF ..... FECHA NACIMIENTO .....

DIRECCION .....

POBLACION ..... C.P. .....

CORREO ELEC: .....

TELÉFONO ..... TFNO. MÓVIL .....

DATOS PROFESIONALES

CENTRO DE TRABAJO .....

CARGO O PLAZA ..... SERVICIO .....

ESPECIALIDAD ..... TELEFONO .....

SITUACIÓN : EN PROPIEDAD ☐ TEMPORAL ☐ DESEMPLEO ☐

Los datos solicitados son de carácter obligatorio, provocando la falta de suministro de dicha información o el suministro de datos incorrectos, que el responsable no pueda prestarle los servicios solicitados o enviarle información de su interés.

El abajo firmante solicita el ingreso en el SINDICATO MEDICO DE NAVARRA, aceptando los Estatutos Sindicales, y cualquier norma que rija el funcionamiento de éste. Además, el SMN le informa de que sus datos serán incluidos en la declaración informativa ante Hacienda Tributaria de Navarra correspondiente a las cuotas de afiliación del presente ejercicio y venideros hasta que el presente consentimiento sea revocado. El titular de los datos consiente expresamente, mediante la firma del presente, el tratamiento de sus datos con las finalidades descritas. Este consentimiento será revocable siempre y en cualquier momento, cursando sus efectos desde la retirada del mismo.

☐ Autorizo que SMN utilice mis datos para informarme de las actividades, eventos y otras cuestiones que considere de mi interés por la vía que estime oportuna.

Firma: Barañain, a ..... de ..... de 20 …

PARA PODER ACOGERSE A LA CUOTA REDUCIDA

CONYUGE AFILIADO/A, NOMBRE: .....

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 y a la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales le informamos de:
Responsable de tratamiento: SINDICATO MEDICO DE NAVARRA, CIF G31132384 C/ Lur Gorri, nº 20 trasera – 31010 Barañain.
Finalidad: Ejercicio de actividad sindical centrada en el ámbito profesional sanitario con el objetivo de defender los intereses y necesidades de médicos y facultativos sanitarios, así como la gestión administrativa implícita, facturación, cobros, gestión impagos y similares, necesarias para y/o derivadas de la prestación de servicios.
Legitimación: Cumplimiento contractual, interés legítimo y consentimiento de los usuarios.
Destinatarios: No habrá cesión de datos salvo imperativo legal o que la actividad así lo requiera.
Derechos: Acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de uso, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI a la dirección del responsable. Puede reclamar ante la AEPD y solicitar la tutela de derechos que no hayan sido debidamente atendidos a través de la sede electrónica (www.agpd.es), o mediante escrito dirigido a C/Jorge Juan, 6, 28001-Madrid.
Información Adicional: Si quiere más información consulte el plan de seguridad de la entidad o www.smnavarra.org

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación: _____

Identificador del acreedor: ES94000G31132384

Nombre del acreedor: SINDICATO MÉDICO DE NAVARRA

Dirección: C/Lur Gorri, nº 20 (trasera)

Código postal - Población - Provincia:
31010-BARAÑAIN - NAVARRA

País:
ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (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 de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A cumplimentar por el deudor

Nombre del deudor/es
(titular/es de la cuenta de cargo)

_____

Dirección del deudor

_____

Código postal - Población - Provincia

_____

País del deudor

_____

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)

Número de cuenta - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES

Tipo de pago: ***Pago recurrente*** ☐ ***o*** ***Pago único*** ☐

Fecha – Localidad:_____

Firma del deudor: _____

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.