DON/DOÑA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mediante el presente escrito autorizo expresamente al SINDICATO MÉDICO DE NAVARRA, para que me incluya en la declaración informativa ante la Hacienda Tributaria de Navarra correspondiente a las cuotas de afiliación del ejercicio 2013 y venideros hasta que el presente consentimiento sea revocado.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fdo. Don/Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_