FEDERACIÓN DE SINDICATOS INDEPENDIENTES DE ENSEÑANZA

Hospital, 2-6-2 Tl.:963382343 Fax:963382366 46001 VALÈNCIA E-mail: valencia@fsie.es
Foglietti, 30-1 Tl 965922255 Fax 965133936 03007 ALACANT E-mail: fsie.alicante@fsie.es
Herrero, 10-2-1 Tl 964251017 Fax 964253170 12005 CASTELLÓ E-mail: fsie.castellon@fsie.es

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

DATOS PERSONALES.

Nombre _____ Apellidos _____

D.N.I. _____ Nº Seg.Social _____ Fecha Nacimiento_____

Domicilio _____ Población _____ C.P. _____

Provincia _____ Teléfono _____

DATOS PROFESIONALES

Colegio _____ Dirección _____

Población _____ C.P. _____ Provincia _____

Teléfono _____ Categoria Profesional _____

SOLICITA SU AFILIACIÓN EN FSIE
(SINDICATO INDEPENDIENTE DE ENSEÑANZA)

En a de de 2.00
Firma

Opcional: Nº Movil: _____
Deseo recibir información por correo electrónico ☐
Deseo pagar mi cuota (marcar con una cruz): Semestral____Anual___ E-mail: _____

Para tramitar la afiliación, FSIE incorporará a su base de datos la información cumplimentada. Los datos personales están totalmente protegidos según la normativa vigente. El usuario podrá ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales en cualquiera de las sedes del sindicato. Los afiliados otorgan expresamente su autorización para que el Sindicato facilite a la entidad bancaria los datos consignados en la orden de domiciliación bancaria necesarios para proceder al cobro de la cuota; asimismo la entrega de este documento a FSIE supone su autorización para el tratamiento automatizado de los datos contenidos en la ficha, así como a la cesión a otros entes y organismos de la estructura interna del Sindicato. La finalidad de estos datos es la de facilitar la gestión de los servicios así como el envío de información profesional, para lo cual el afiliado otorga su consentimiento expreso(De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal y en la legislación vigente)

****

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr.Director de Banco o Caja _____ Sucursal _____
C/ _____ Población _____ C.P. _____ Provincia _____

AUTORIZO a esa entidad bancaria para que cargue en mi cuenta los recibos que a mi nombre presente **FSIE** (Sindicato Independiente de Enseñanza de Valencia)

En a de de 2.00

Atentamente,
Firma

D./Dª _____

C/_____

Población _____

C.P._____ Provincia _____

CODIGO DE CUENTA CLIENTE

Entidad	Oficina	DC	Número de cuenta