

**DATOS PERSONALES:**

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

POBLACION: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TFNO PART. \_\_\_\_\_ TFNO MÓVIL: \_\_\_\_\_

AÑO LICENDIATURA \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**DATOS CENTRO DE TRABAJO:**

CENTRO DE TRABAJO PÚBLICO: \_\_\_\_\_

AREA DE SALUD: \_\_\_\_\_

SERVICIO/E.A.P.: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

TFNO. CENTRO TRABAJO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN LABORAL: Propietario/Interino/Otros:.....(TACHESE LO QUE NO PROCEDA)****DOMICILIACIÓN BANCARIA:**

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

BANCO O CAJA: \_\_\_\_\_

SUCURSAL Nº: \_\_\_\_\_ CALLE: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

**Nº CUENTA IBAN:**

.....

Autorizo a Vds. para que a partir de la fecha de la presente, abonen los recibos que con cargo a mi cuenta, sean presentados por CESM-EXTREMADURA.

FIRMA

Fecha: \_\_\_\_\_

Los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la empresa SINDICATO MEDICO DE EXTREMADURA (SIMEX), con CIF G06202519 y con domicilio en AVDA/ DE COLON Nº 2, 8º D DE BADAJOZ. Recabar estos datos tiene por objeto la relación sindical y al rellenar este formulario está aceptando expresamente la inclusión de sus datos en nuestro fichero de datos personales. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a [badajoz@simex-cesm.org](mailto:badajoz@simex-cesm.org).