



MOVIMIENTO ASAMBLEARIO DE TRABAJADORES - AS DE SANIDAD

BOLETIN DE INSCRIPCION

Fecha alta:

Nº orden:

DATOS
PERSONALES

Nombre.....apellidos..... DNI.....
Domicilio..... CP.....
Teléfono fijo.....móvil.....correo @.....

DATOS
LABORALES

Área.....AP A. Esp centro de trabajo.....
Dirección centro..... teléfono.....
Lugar de trabajo.....teléfono/e xtensión.....
Categoría laboral.....nº empleado.....
Situación laboral: fijo eventual interino estatutario laboral

CUOTA

COTIZACION: descuento en nómina banco/caja
(mensual) (trimestral)

Madrid.....de.....200.....

firma

DATOS
BANCARIOS

Titular cuenta..... DNI.....
ES IBAN Entidad sucursal DC nº cuenta
Banco / caja..... Dirección oficina.....

Autorizo el cargo correspondiente en la cuenta arriba indicada de los recibos presentados por el Movimiento Asambleario de Trabajadores de Sanidad, MATS.

Madrid.....de.....200.....

firma

DESCUENTO
EN NOMINA

Nombre de empleado..... DNI.....
Nº empleado.....centro de trabajo.....

Autorizo hasta nuevo aviso a que me descuente en mi nómina mensual la cuota en concepto de adhesión al Movimiento Asambleario de Trabajadores de Sanidad, MATS.

Madrid.....de.....200.....

firma

De conformidad con la ley de protección de datos , te comunicamos que los datos de carácter personal recogidos en este impreso, serán incorporados a nuestra base de datos para el desarrollo e información de las actividades del Movimiento Asambleario de Trabajadores de Sanidad, MATS.