



Movimiento Asambleario de Trabajadores/as de Sanidad

Fecha de Alta
Nº de Orden

BOLETÍN de INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES	NOMBRE: APELLIDOS:
	DNI..... DOMICILIO:.....
	CP: LOCALIDAD:..... FIJO: 91.....
	MÓVIL:..... EMAIL:.....
DATOS LABORALES	CENTRO DE TRABAJO:..... AP <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/>
	LOCALIDAD CENTRO DE TRABAJO:..... /Extensión:.....
	CATEGORÍA PROFESIONAL:..... Nº Empleado.....
	SITUACIÓN LABORAL: FIJO <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/> EVENTUAL <input type="checkbox"/> ESTATUTARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/>
CUOTA	COTIZACIÓN - Descuento Mensual de 9 € NÓMINA <input type="checkbox"/>
	- Descuento Trimestral de 27 € BANCO/CAJA <input type="checkbox"/>
	FIRMA:

Madrid a de 20.....

X

DESCUENTO BANCO/CAJA	Titular cuenta DNI
	IBAN Entidad Sucursal DC Nº Cuenta
	- - - - -
	Banco/Caja:..... Dirección Oficina.....
	Autorizo el cargo trimestral de 27 Euros correspondiente en la cuenta arriba indicada de los recibos presentados por el Movimiento Asambleario de Trabajadores/as de Sanidad (MATS)
	Madrid.....de.....20..... FIRMA:

DESCUENTO NÓMINA	NOMBRE DE EMPLEADO.....Nº Empleado
	DNI..... CENTRO de TRABAJO.....
	Autorizo hasta nuevo aviso a que se descuente en mi nómina la cantidad de 9 euros mensuales en concepto de adhesión al Movimiento Asambleario de Trabajadores/as de Sanidad (MATS)
	Madrid.....de.....20..... FIRMA: