



HOJA DE AFILIACIÓN A MATS

**RELLENAR EN
MAYÚSCULAS**

DATOS PERSONALES

NOMBRE
 PRIMER APELLIDO
 SEGUNDO APELLIDO
 DIRECCIÓN POSTAL
 CÓDIGO POSTAL PROVINCIA/MUNICIPIO/LOCALIDAD
 TELÉFONO FIJO TELÉFONO MÓVIL
 EMAIL

PROFESIÓN
 FECHA DE NACIMIENTO
 DNI
 (NIF, Tarjeta de Residencia o Pasaporte)

DATOS LABORALES

OCUPACIÓN: ASALARIADO/A

SECTOR PRIVADO PARADA/O AUTÓNOMA/O
 CENTRO, EMPRESA O ENTIDAD: SECTOR PÚBLICO JUBILADA/O ESTUDIANTE
 NOMBRE
 PROVINCIA/MUNICIPIO/LOCALIDAD
 CATEGORIA NUMERO EMPLEADO
 CÓMO LOCALIZARME EN EL CENTRO DE TRABAJO: TELÉFONO INTERFONO

TIPO DE CONTRATO: FIJA/O INTERINA/O EVENTUAL ESTATUTARIA/O FUNCIONARIA/O LABORAL

RESPONSABLE: Movimiento Asambleario de trabajadoras/es de la Sanidad (MATS).
FINES DEL TRATAMIENTO: Emisión de recibos de la cuota sindical, así como la gestión de su cobro, envío de información y publicaciones sobre cuestiones que afecten a la vida interna de MATS y su actividad externa, elaboración de estadísticas, prestación de servicios. Además, si desempeña labores de representación colectiva, sus datos serán tratados por MATS para la realización y seguimiento de las actividades sindicales amparadas en la legislación vigente.
DERECHOS QUE LE ASISTEN: acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición. Más información del tratamiento y consentimiento explícito en el reverso. Es necesaria su cumplimentación.

FIRMA DEL AFILIADO/A

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

TITULAR DE LA CUENTA DNI

BANCO

IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	DC	NUMERO CUENTA
ES				

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el Deudor autoriza(A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha del adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

FIRMA DEL DEUDORA/O

TIPO DE PAGO. **Trimestral. 30 euros.** Se autoriza el pago de 30€ en la cuenta arriba indicada de los recibos presentados por el Movimiento Asambleario de Trabajadoras/es(MATS)

DATOS PARA LA CONFORMIDAD DE AUTORIZACIÓN AL CARGO POR DESCUENTO EN NÓMINA

Ruego a la recepción de este aviso y hasta nueva orden, se me descuente de mi nómina la cuota sindical al Movimiento Asambleario de Trabajadoras/es de acuerdo a 10€ al mes

TIPO DE PAGO. **Mensual 10 euros.**

NOMBRE DEL AFILIADA/O
 DNI, NIE, PASAPORTE Numero de Empleada/o
 Centro de Trabajo

FIRMA DEL DEUDOR/A

FECHA-LOCALIDAD

Consentimiento explícito (AFILIADOS)

Movimiento Asambleario de Trabajadores de la Sanidad es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa de que estos datos se tratarán de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fines del tratamiento: tramitar su afiliación, permitir el ejercicio de los derechos y obligaciones previstos en los estatutos, emisión de carnés de afiliación, gestión y cobro de cuotas, envío de publicaciones e información, elaboración de estadísticas y prestación de servicios. Si desempeña labores de representación colectiva, los datos se tratarán para la realización y seguimiento de las actividades sindicales amparadas en la legislación vigente.

Legitimación del tratamiento: por interés legítimo del responsable (art. 9.2.d GDPR), por el cual se tratarán los datos en el ámbito de sus actividades legítimas y con las debidas garantías.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o existan prescripciones legales que dictaminen su custodia y cuando ya no sea necesario para ello, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la anonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y de limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

Movimiento Asambleario de Trabajadores de la Sanidad. C/ Tarragona, 18 1ºB - 28045 Madrid

(Madrid). E-mail: matsmadrid@mats-madrid.com

Datos de contacto del delegado de protección de datos: C/ Floridablanca, 32. 28200 San Lorenzo de El Escorial (Madrid) - dpo@adaptaciongdpr.com

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Madrid, en fecha

Nombre, con NIF

Firma: