



FICHA DE AFILIACION

Nº de colegiado _____
 Apellidos y Nombre _____
 Dirección _____ C. Postal _____
 Población _____ Isla _____
 Teléfono part. _____ D.N.I. _____ Año licenciatura _____
 Fecha nacimiento _____ Provincia de Nacimiento _____
 E-mail _____ Nº Movil _____

Centro de Trabajo Público _____ Teléfono _____
 Cargo o Plaza _____ Servicio _____
 Especialidad _____
 Tipo de contrato: Titular Interino Sustituto Eventual Paro MIR
 Centro de Trabajo Privado:
 Dirección _____ Teléfono _____

AUTORIZACIÓN DOMICILIACION BANCARIA

NOMBRE Y APELLIDOS _____
 BANCO O CAJA _____
 AGENCIA-SUCURSAL: Calle _____

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	C.C.C
ES				

Autorizo a Vds. para que a partir de la presente, abonen los recibos que con cargo a mi cuenta sean presentados por el SINDICATO PROFESIONAL DE MEDICOS DE TFE.

SANTA CRUZ DE TENERIFE A _____ DE _____ DE 20____
 FIRMA:

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.-

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible.

También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:




SINDICATO PROFESIONAL DE MEDICOS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE (CESM)

Cl. Horacio Nelsón Nº 17, CP 38006, Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife)

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).



Permisos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

-  Consiento el uso de los datos sobre mi salud para poder recibir los servicios solicitados.
-  Consiento que se utilice mi número de teléfono para que SINDICATO PROFESIONAL DE MEDICOS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE (CESM) pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.
-  Consiento que se utilice mi imagen para su publicación a través de las redes sociales con el fin de dar a conocer la entidad y difundir su actividad.

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB.

Firma del interesado

Nombre y apellidos:

DNI: