



**S.I.F.A.R.C.A.L.**  
Sindicato de Farmacéuticos de Castilla y León.

---

**FICHA DE AFILIACIÓN**

---

DATOS PERSONALES

D./Dña .....  
con D.N.I....., Fecha de Nacimiento....., con  
Domicilio Particular en la Calle.....,  
Nº....., Piso....., Localidad.....,  
C.P....., Provincia....., Tfno. ....(.....).....

DATOS PROFESIONALES

PROPIETARIO ..... INTERINO: .....  
ZONA BÁSICA DE SALUD: .....  
CENTRO DE SALUD: .....  
DIRECCIÓN LABORAL c/ ..... Nº .....  
POBLACIÓN LABORAL..... C.P. ....  
PROVINCIA LABORAL..... TLF. (.....) .....  
**Solicita su inscripción en el SINDICATO DE FARMACÉUTICOS DE  
CASTILLA Y LEÓN de conformidad con lo dispuesto en los Estatutos del  
mismo.**

En ..... a ..... de ..... de 2001

Fdo.

---

**ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA**

---

Entidad Bancaria .....  
Localidad ..... Provincia .....

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente, se sirvan abonar con cargo a mi C/C  
o Libreta de ahorros, el importe de mi cuota de miembro del Sindicato de  
Farmacéuticos de Castilla y León.

Fdo.

**CÓDIGO CUENTA CLIENTE ( C.C.C.)**

ENTIDAD      OFICINA      D.C.      NÚM. CUENTA  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

