



SIMECAL
SINDICATO MÉDICO DE CASTILLA Y LEÓN

FICHA DE AFILIACIÓN

DATOS PERSONALES

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

DATOS PROFESIONALES

PROPIETARIO INTERINO:
PUESTO DE TRABAJO (HOSPITAL, E.A.P., OTROS.)
DIRECCIÓN LABORAL..... Nº
POBLACIÓN LABORAL..... C.P.
PROVINCIA LABORAL..... TLF. (.....)
**solicita su inscripción en SIMECAL (Sección) de conformidad
con lo dispuesto en los Estatutos del mismo.**

En a de de 2002

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 SIMECAL, (Sección de la provincia de)

Fdo.

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚM. CUENTA
_____ /	_____ /	_____ /	_____ /