SIMEGA: Sindicato de Médicos de Galicia
Boletín de Afiliación

Apellidos y nombre	Fecha de nacimiento

Domicilio	C.P.	Población

Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono trabajo	D.N.I. / N.I.E.

Centro de trabajo	Especialidad	Categoría	Propietario (SI/NO)

Antigüedad	Privada (SI/NO)	E-mail

---------- Las cuotas sindicales son desgravables en la declaración de la renta ----------

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

A la atención del Sr. Director de la Oficina Bancaria

Por la presente, y hasta nueva orden, se autoriza al Sindicato Médico de Galicia (SIMEGA) a pasar TRIMESTRALMENTE, con cargo a mi cuenta en esta oficina, los recibos correspondientes a mi cuota de afiliado/a.

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta (10 dígitos)

Dr./Dra. D./Dª

Domicilio Población

Fecha y firma

El interesado autoriza a SIMEGA al uso de los datos contenidos en este formulario para la prestación de servicios propios de su relación de afiliado/a, en el ámbito sindical y laboral, y se le informa que de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018 (de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) que dichos datos serán incorporados a un fichero propiedad de SIMEGA y no podrán ser usados para otro fin diferente para el que fueron emitidos, ni tampoco ser cedidos a terceros sin el previo consentimiento escrito del interesado.

Asimismo, el interesado podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación mediante carta dirigida a SIMEGA, Rúa das Hedras, 6-1ºJ. 15895 Milladoiro, AMES. A CORUÑA. Teléfono 981 171597. email: simega@simega.org. WEB: simega.org