

DATOS DE AFILIACIÓN

RELLENE ESTA HOJA CON LETRA CLARA Y ENTRÉGUELA EN NUESTRA SEDE O SECCIONES SINDICALES

FECHA: ___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO 1:	APELLIDO 2:	
NOMBRE:	Fecha de nacimiento:	
NIF:		
DOMICILIO:		
CÓDIGO POSTAL:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
TFNO.:	TFNO. TRABAJO:	TFNO. MÓVIL: (____) _____
E-MAIL:		
Nº COLEGIADO:	TITULACIÓN (Especialidad):	

DATOS LABORALES

EMPRESA:	PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	MIXTO <input type="checkbox"/>
A. PRIMARIA <input type="checkbox"/>	A. HOSPITALARIA <input type="checkbox"/>	SUMMA 112 <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TRABAJO:			
OTROS TRABAJOS:			
DIRECCIÓN ASISTENCIAL: NORTE <input type="checkbox"/> SUR <input type="checkbox"/> ESTE <input type="checkbox"/> OESTE <input type="checkbox"/> CENTRO <input type="checkbox"/> NOROESTE <input type="checkbox"/> SURESTE <input type="checkbox"/>			
RELACIÓN LABORAL: ESTATUTARIO <input type="checkbox"/> FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> AUTÓNOMO <input type="checkbox"/>			
NOMBRAMIENTO: PROPIETARIO <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/> EVENTUAL <input type="checkbox"/>			
MIR <input type="checkbox"/> : AÑO INICIO <input style="width: 50px;" type="text"/>		Y AÑO FIN <input style="width: 50px;" type="text"/>	
		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> : CURSO <input style="width: 50px;" type="text"/>	

DATOS BANCARIOS

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOLICITAR CUOTA REDUCIDA*

EXENTO CUOTA (Preafiliación)*

Cuotas de afiliación (desgravables del IRPF):

- **Ordinaria:** 36 € trimestrales
- **Reducida:** 12 € trimestrales (Desempleados, Jubilados y MIR)

*** Aquellos afiliados o preafiliados exentos de cuota o con cuota reducida serán revisados anualmente o en la fecha prevista de finalización para confirmar la persistencia del derecho. En caso de cambio de situación se le asignará la cuota correspondiente a su nueva situación de manera automática.**

La presentación debidamente firmada de la solicitud de afiliación supone la aceptación de los Estatutos y demás normas reguladoras de AMYTS.

En cumplimiento de lo dispuesto en la L.O.P.D 15/1999 al realizar este formulario, Vd. da su consentimiento expreso para que sus datos se incorporen a un fichero automatizado de datos, cuya finalidad es la de gestión de afiliados y funciones propias de los sindicatos (Ley Orgánica 11/1985 de 2 de Agosto de Libertad Sindical, Ley 19/1977 de 1 de Abril sobre regulación del derecho de Asociación Sindical y Ley 9/1987 de 12 de Junio de órganos de Representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas).

Se le informa en virtud del art. 15 de la citada Ley de que puede ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición para lo cual puede dirigirse a la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS).

El responsable del fichero es la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid.

C/ Sta. Cruz de Marcenado, 31 1º planta 20 y 23 28015-Madrid Teléfono: 91 594 35 36 -91 448 81 42 Fax: 91 448 76
 90 Correo electrónico: secretaria@amyts.es – página web www.amyts.es

