

Solicitud de afiliación

Datos perso	nales:								
Nombre:			Apellidos:						
D.N.I.:			Fecha nacimiento:						
Dirección P	ostal:								
Domicilio:	ostar.						N°:		
Portal: Bloque:		Escalera: Piso:):		Letra:			
C.P.: Población:		l	Pro	Provincia:					
Información contactos:									
Teléfono:	de trab	oajo:							
Teléfono móvil:			E-mail:						
Información profesional:									
Centro de trabajo:									
Dirección:		C.P.:							
Profesión:		Antigüedad: tegoría: Nivel: Grupo:							
Puesto: Categoría: Ni							Gr	rupo:	
	Contrato indefinido	,	Contrato duración determinada				Otro tipo de contrato		
Modalidad de Pago:									
Domiciliación bancaria									
Descuento en nómina									
Datos domiciliación:									
Banco o Caja: Agencia									
Dirección:		N°:							
Localidad: Titular:		Provincia: C.P.:							
Titulai .									
			Entidad	Agencia	D.C.		Nº de Cue	enta	
		IBAN: ES							
Madrid, aDede 20									
Deseo adherirme como afiliado al Sindicato UTMAD, y acepto los ESTATUTOS que lo rigen.									
Firmado:									

Le informamos que estos datos se van a incorporar a una base de datos de UTMAD. Usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicado dirigido a UTMAD, Teatro Circo Price C/Sebastián Elcano 25, 28012 Madrid o bien al correo electrónico utmad@utmad.es