



Sindicato de Celadores de Sanidad  
Federado en CSIT-UP

Fecha: \_\_\_\_\_

### HOJA DE AFILIACION

#### DATOS PERSONALES

Apellidos.....	Nombre.....
DNI.....	Domicilio: C/.....
n°.....portal.....bloque.....esc.....	piso.....letra.....Teléfono.....C.P.....
Localidad.....	
Provincia.....Fecha de nacimiento.....	

#### DATOS PROFESIONALES

Consejería\MºOrganismo\.....	Centro de trabajo.....
Profesión.....	Categoría.....
Estatutario fijo.....Laboral.....Eventual.....Interino.....	Teléfono.....Turno.....Nº puesto de trabajo.....

#### DATOS BANCARIOS

Banco o caja.....		
Entidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº oficina <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D.C. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cta.cte-/cartilla <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(10 dígitos)	

ES ABSOLUTAMENTE IMPRESCINDIBLE RELLENAR LOS DATOS SIGUIENTES

Sr. director de.....C/.....Nº.....  
Localidad.....C.P.....

Muy Sr. mío:

Con cargo a mi cta. numero.....

Sírvase a atender mensualmente los recibos que presente el SINDICATO DE CELADORES DE SANIDAD (con la primera cuota, se abona también la cuota de inscripción, ambas del mismo importe).

Atentamente

Firma:

Nombre y apellidos:.....