HOJA DE AFILIACIÓN AL SINDICATO MÉDICO PROFESIONAL DE ASTURIAS (SIMPA)

C/ Ingeniero Marquina, 3-1º izqda. 33004 OVIEDO. www.simpa.es
Tlfs. 985 25 33 62 / 985 24 26 38. Fax: 985 25 35 88 info@simpa.es

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Nº

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS ....

DIRECCIÓN ....

POBLACIÓN .... C. POSTAL ....

TELEFONOS .... E. MAIL ....

FECHA NACIMIENTO .... N.I.F.......................... ...AÑO LICENCIATURA.....................

PROFESIÓN (indicar licenciatura: médico, farmacéutico, etc.) ....

DATOS PROFESIONALES

CENTRO DE TRABAJO ....

ESPECIALIDAD .... CATEGORÍA ....

ATENCIÓN PRIMARIA ☐ ATENCIÓN ESPECIALIZADA ☐ PRIVADA ☐

DESARROLLA FUNCIÓN DOCENTE (indicar categoría) ....

REALIZÓ EL MIR (en caso afirmativo indicar años de realización) ....

DEDICACIÓN EXCLUSIVA ☐

ESTATUS LABORAL:

PROPIETARIO ☐ INTERINO ☐ EVENTUAL ☐ SUSTITUTO ☐ S.A.C. ☐

CONTRATO GUARDIAS ☐ PARO ☐ OTROS ☐.................................... ....

ESTATUTARIO ☐ LABORAL ☐ FUNCIONARIO ☐

Solicita la admisión en el Sindicato Médico Profesional de Asturias (SIMPA).

Firma Oviedo, a _____ de ______________________ de 20____

NOTA: estos datos son absolutamente confidenciales y, por imperativo legal no serán facilitados a entidades o empresas de cualquier tipo.

✂ -

DATOS BANCARIOS

NOMBRE Y APELLIDOS ....

BANCO O CAJA .... DOMICILIO ....

NUMERO DE CUENTA ES ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Autorizo a Uds. para que a partir de la fecha de la presente, abonen los recibos que con cargo a mi cuenta sean presentados por el Sindicato Médico Profesional de Asturias (SIMPA).

Firma Oviedo, a ____ de _________________________ de 20____