



Solicitud de afiliación

Datos personales:

Nombre:		Apellidos:	
D.N.I.:		Fecha nacimiento:	

Dirección Postal:

Domicilio:					Nº:				
Portal:		Bloque:		Escalera:		Piso:		Letra:	
C.P.:		Población:			Provincia:				

Información contactos:

Teléfono:		Teléfono lugar de trabajo:	
Teléfono móvil:		e-mail:	

Información profesional:

Centro de trabajo:									
Dirección:					C.P.:				
Profesión:				Antigüedad:					
Puesto:			Categoría:			Nivel:		Grupo:	
Relación Laboral:	Contrato indefinido	<input type="checkbox"/>	Contrato duración determinada	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de contrato	<input type="checkbox"/>			

Modalidad de Pago :	Domiciliación bancaria	<input type="checkbox"/>	Descuento en nomina	<input type="checkbox"/>
---------------------	------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Datos domiciliación:

Banco o Caja:				Agencia:		
Dirección:				Nº:		
Localidad:			Provincia:		C.P.:	
Titular:						

IBAN: ES	Entidad		Agencia		D.C.	Nº de Cuenta																

A.....De.....de 201.....

Deseo adherirme como afiliado al Sindicato UTMAD, y acepto los ESTATUTOS que lo rigen.

Firmado: