S.A.E

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

AFILIACION JUBILADOS

(Cumplimentar a máquina o con letra de imprenta)

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE.....D.N.I.....

TELEF.....DIRECCION.....

POBLACION.....PROVINCIA.....C.P.....

DATOS DE LA JUBILACION

FECHA .....

☐ POR TENER 65 AÑOS ☐ POR ENFERMEDAD COMUN ☐ POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Firma

Fecha. .....a.....de.....de 199.....

DATOS BANCARIOS

NOMBRE DEL AFILIADO .....

BANCO.....C.AHORROS.....

AGENCIA : - Nº de Agencia.....

- Domicilio Agencia, calle y nº.....

- Población Agencia.....Provincia.....C.POSTAL.....

Nº LIBRETA O C/C (tache lo que no proceda).....

CODIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C)			
ENTD.	OF.	D.C	CUENTA
☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

FORMA DE PAGO: ☐ Semestral ☐ Anual

Firma

Fecha. .....a.....de.....de 199.....

AUTORIZACION PARA EL COBRO POR BANCO

Muy Sres míos:

Por la presente autorizo a esta Entidad Bancaria para que en lo sucesivo, y hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente al cobro el SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA en concepto de afiliación con cargo a mi C.C.C.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NOMBRE DEL AFILIADO.....

TITULAR DE LA CUENTA.....

Firma

Fecha. .....a.....de.....de 199.....