



SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

AFILIACIÓN JUBILADOS

(Cumplimentar a máquina o con letra impresa)

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE..... DNI.....

TELÉFONO..... DIRECCIÓN.....

POBLACIÓN..... PROVINCIA..... C.P.....

DATOS DE LA JUBILACIÓN

FECHA.....

POR TENER 65 AÑOS

POR ENFERMEDAD COMÚN

POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Firma

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

DATOS BANCARIOS

NOMBRE DEL AFILIADO.....

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

AGENCIA

- N° de Agencia

- Domicilio Agencia, calle y n°.....

- Población Agencia..... Provincia..... C.P.....

N° LIBRETA O C/C (tache lo que proceda).....

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)

ENTD.	OF.	D.C.	CUENTA
□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□□□

FORMA DE PAGO: Semestral Anual

Firma

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

AUTORIZACIÓN 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 TÉCNICOS DE ENFERMERÍA en concepto de afiliación con cargo a mi C.C.C.

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

NOMBRE DEL AFILIADO.....

TITULAR DE LA CUENTA.....

Firma

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