

fitxa d'afiliació



STSPV - Intersindical Valenciana
Sindicat de Treballadors i Treballadores de la Salut del País Valencià

Cognoms: Nom:
DNI: NRP: Data d'afiliació:
Adreça: Telèfon:
Localitat: Codi Postal: Correu-e:

SITUACIO PROFESSIONAL

Centre de Treball:
Area Salut:
Adreça: Telèfon:
Localitat: Codi Postal:

Grup A Grup B Grup C Grup D Grup E

Categoria Professional:

Denominació Lloc de Treball:

Només Funcionari: de carrera interí

Només Personal Estatutari: fix temporal

Només Personal Laboral: fix interí

..... de de 20

Signatura:

DOMICILIACIO BANCARIA

Sr. Director entitat bancària: Sucursal:

Adreça: Localitat:

Codi entitat	Codi sucursal	D.C.	Número de compte corrent o llibreta

Li pregue curse les oportunes instruccions per a que fins nov avís i a partir de la data siguen degudes al meu compte les quantitats que en concepte de quota lliure la FEDERACIÓ DE SINDICATS DE TREBALLADORS I TREBALLADORES DEL PAÍS VALENCIÀ - INTERSINDICAL VALENCIANA (STSPV-IV).

NOM : FIRMA :

COGNOMS :

DATA: