



Solicitud de afiliación

Apellidos _____ Nombre _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____/ N.I.F. _____ N.R.P. _____
Domicilio _____
Código postal _____ Localidad _____
Provincia _____ Teléfono ____/____/____
E-mail _____
Centro de destino _____ Localidad _____
Provincia _____ Tfhn/fax _____
Cuerpo ____/____
Especialidad ____/____
Situación Administrativa _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

CLÁUSULAS: INFORMACIÓN SOLICITUD DE AFILIACIÓN. De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero con la finalidad de gestionar su condición de asociado a la ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE CASTILLA Y LEÓN, ASPESCL, y remitirle informaciones relacionadas con la asociación sindical, cursos y actividades que puedan ser de su interés. Igualmente, autoriza el envío de informaciones relativas a productos y servicios ofrecidos por empresas con las que ASPES firme acuerdos de colaboración, por distintos medios, incluidos los electrónicos.

Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición deberá dirigirse al responsable del fichero, ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE CASTILLA Y LEÓN, ASPESCL, en la dirección: C/Rector Tovar Nº 2, Oficina 8, 37002, Salamanca.

INFORMACIÓN SEPA PARA RECIBOS DOMICILIADOS conforme a lo exigido por la Ley de Servicios de Pago (Ley 16/2009), con la firma de este documento AUTORIZA expresamente a la ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE CASTILLA Y LEÓN, ASPES - CL, con CIF G37355260, para que presente al cobro en la cuenta indicada y con carácter indefinido, en tanto continúen las relaciones entre ambas partes, los recibos correspondientes al pago de los servicios prestados por el mismo. Si decide revocar la autorización, rogamos nos lo comuniquen por escrito de manera fehaciente, teniendo en cuenta que los recibos relativos a servicios realizados antes de dicha revocación, aunque éstos no hayan sido facturados, deberán ser atendidos.

Sede regional

www.aspescl.com

aspesclsalamanca@aspescl.com

Tlfn: 923 61 22 63

C/ Rector Tovar Nº 2-8, oficina 8 - 37002 Salamanca



Sr. Director de Banco o Caja _____ de la calle _____

Población _____ C.P. _____ Provincia _____

Autorizo a esta entidad bancaria para que cargue en mi cuenta los recibos que a mi nombre presente la **Asociación de Profesores de Enseñanza Secundaria de Castilla y León**.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

D/D^a. _____

C/ _____

Población _____

C.P. _____ Provincia _____

Código IBAN

P.Dígito	Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta
ES				