

Datos personales:

Nombre: * _____ DNI: * _____
Apellido 1: * _____ Fª nacimiento: * _____
Apellido 2: * _____ Teléfono: _____
E-mail: * _____ (Recomendamos una cuenta de Gmail)

Datos profesionales:

Carné Profesional: * _____ Plantilla de trabajo: * _____
Situación admin.: * _____ Provincia: * _____
Categoría: * _____ Puesto de trabajo: _____
Otra información: _____

Afiliación:

Tipo de cuota: * *Marcar una de las dos opciones de la tabla que hay más abajo: mensual o anual*

Consentimiento:

- ☒ * **Protección de datos:** He leído y acepto el aviso legal sobre protección de datos.
- ☒ * **Póliza de seguro:** Comprendo que la póliza vinculada a mi nombre, así como los derechos que la misma me otorga, será suspendida inmediatamente si se produce mi baja como afiliado de SRP.
- ☐ **Órgano Decisorio:** Renuncio a formar parte del Órgano Decisorio de SRP.

*Los campos marcados con asterisco * son obligatorios*

- **Póliza de seguro:** La cobertura de la póliza se computará por meses completos y será efectiva desde el día 1 del mes en que SRP perciba el pago de la primera cuota mensual (o del mes siguiente al que perciba la cuota anual), así como que SRP disponga del presente boletín debidamente cumplimentado y firmado.

- Aviso legal sobre protección de datos:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de noviembre, de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incorporados a la base de datos de SRP, consintiendo el que suscribe la cesión de los mismos a las empresas contratadas por SRP con el fin de ofrecer sus servicios a los afiliados.

Si usted desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación, puede dirigirse a: comunicacion@srpol.es



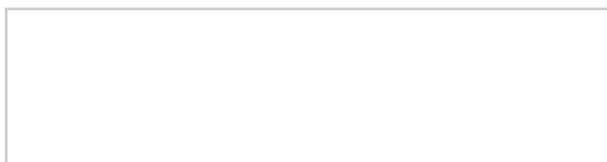
CONSENTIMIENTO DE PAGO

_____, titular del DNI _____
y que presta servicio en el municipio _____ (provincia _____):

Cuota mensual <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">- Autorizo a que se detraiga de mis haberes la cuota mensual estipulada en beneficio del Sindicato Reformista de Policías (SRP).- Revoco cualquier otra suscripción de pago a otro sindicato que no sea SRP, dándome de baja de aquéllos.
Cuota anual <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">- Me comprometo a realizar el pago de la cuota por periodo anual mediante ingreso o transferencia bancaria, sin derecho a reembolso por desistimiento.

con efectos inmediatos ante la presentación de este boletín.

En _____, a _____ de _____ de _____



Firmado: _____

