

El SIMAP-PAS (Sindicato de Facultativos y Profesionales de la Sanidad Pública) mantiene un acuerdo de colaboración e integración con el SIMAP-CV por el que delega en este último la totalidad de las competencias estructurales para su funcionamiento

**Formulario de AFILIACION al SIMAP-PAS/SIMAP-CV
ENFERMERIA/TECNICO – A2**

Este formulario consta de 5 páginas:

- Dos hojas de datos, que tienes que imprimir, rellenar y firmar.
- Una de consentimiento de manejo de datos según la LOPD
- Dos para el pago de las cuotas. Según la forma de pago que elijas:
 - domiciliación bancaria del pago: debes imprimir, rellenar y firmar la tercera
 - pago por descuento directo en la nómina: tienes que imprimir, rellenar y firmar la cuarta, y entregárnosla para que la llevemos a Administración del Departamento

Por lo tanto debes hacérselas llegar todas. Para ello te proponemos uno de estos medios:

- Contactando con tu delegado sindical y entregándosela en mano.
- Escaneando las hojas firmadas y remitiéndonoslas por email a simap_administracion@simap.es Si vas a remitirlas por correo electrónico asegúrate de identificar el archivo con tu nombre.
- Enviando las hojas firmadas por correo postal, a la siguiente dirección:

SIMAP-PAS
Sindicato de Facultativos y Profesionales de Sanidad Pública
C/ Gran Vía Fernando el Católico, 46, 1, pta 1ª
46008 VALENCIA
Tf.: 961 930 723

Te insistimos en que para adecuarnos a la normativa europea SEPA y LOPD, es imprescindible que una vez firmadas la orden de domiciliación y el consentimiento de manejo de datos nos las haga llegar.

Gracias por tu colaboración y confianza

De acuerdo por lo dispuesto por la L.O. 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante esta vía serán incluidos en un fichero de datos en formato papel y serán incluidos en un fichero automatizado de datos, cuya finalidad será la correcta gestión de las acciones y la relación con el Sindicato. Sus datos no serán utilizados con fines comerciales, aunque sí es posible que sean utilizados para mantenerle informado de las actuaciones del sindicato.

Solicito mi afiliación al SIMAP-PAS/SIMAP-CV y deseo abonar mis cuotas:

- Por domiciliación bancaria anual (rellenar autorización bancaria adjunta)
- Por descuento mensual en nómina

En _____ a _____ de _____ de 20____

Nombre:

Firma:

Formulario de AFILIACION al SIMAP-PAS/SIMAP-CV

DATOS PERSONALES DE AFILIACION

| | |
|---------------------------|--|
| <i>Nombre</i> | |
| <i>Apellido 1</i> | |
| <i>Apellido 2</i> | |
| <i>DNI</i> | |
| <i>Domicilio</i> | |
| <i>Localidad</i> | |
| <i>Código Postal</i> | |
| <i>Provincia</i> | |
| <i>Teléfono fijo</i> | |
| <i>Teléfono móvil</i> | |
| <i>Correo electrónico</i> | |
| <i>Fecha nacimiento</i> | |
| <i>Lugar nacimiento</i> | |

DATOS PROFESIONALES

| | | | | |
|------------------------------|---------------------|-----------------|---|--------------|
| <i>Categoría profesional</i> | <i>CATEGORIA A2</i> | | | |
| <i>Centro de trabajo</i> | | | | |
| <i>Servicio / Unidad</i> | | | | |
| <i>Régimen jurídico</i> | <i>Estatutario</i> | <i>Laboral</i> | <i>Funcionario</i> | <i>Otros</i> |
| <i>Tipo de contrato</i> | <i>Fijo</i> | <i>Temporal</i> | <i>At.Continuada</i> | <i>Otros</i> |
| <i>Especialidad</i> | | | | |
| <i>Residente</i> | <i>SI</i> | <i>NO</i> | <i>Año de finalización de la residencia</i> | |

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.-

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Asimismo, también pueden ser usados para otras actividades, como enviarle publicidad o promocionar nuestras actividades.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.






En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:


**SINDICATO DE MEDICOS DE ASISTENCIA PUBLICA-COMUNIDAD VALENCIANA (SIMAP-CV) /
SINDICATO DE FACULTATIVOS Y PROFESIONALES DE LA SANIDAD PUBLICA (SIMAP-PAS)**

Gran Vía Fernando el Católico, 46, 1º,1ª, CP 46008, Valencia (Valencia/València)


En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Permisos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

-  Consiento el uso de los datos sobre mi salud para poder recibir los servicios solicitados.
-  Consiento que se utilice mi imagen para su publicación a través de las redes sociales con el fin de dar a conocer la entidad y difundir su actividad.
-  Consiento la publicación de mi imagen en Internet y otros medios similares para difundir las actividades de su entidad
-  Consiento la cesión de mis datos personales a:
-  Consiento el envío de mis datos personales a:

 En el caso de personas menores de 14 años o incapaces, deberá otorgar su permiso el padre, madre o tutor del menor o incapaz.

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB.

 Consiento que se utilice mi número de teléfono para que SINDICATO DE MEDICOS DE ASISTENCIA PUBLICA-COMUNIDAD VALENCIANA (SIMAP-CV) pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma WhatsApp, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.

 Consiento el uso de mis datos personales para recibir publicidad e información de su entidad.

Firma del interesado (y en su caso, padre, madre o tutor):

Nombre y apellidos:

DNI:

Fecha:.....

Formulario de AFILIACION al SIMAP-PAS/SIMAP-CV

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de orden de domiciliación/Mandate reference (a rellenar por SIMAP_administración)

Nombre del acreedor/Creditor's name:

SIMAP-CV

Identificador del acreedor/Creditor Identifier:

ES47951G46980314

Dirección/Address:

Gran Vía Fernando el Católico 46-1-1ª

Código postal-Población-Provincia/Postal Code-City-Town:

46008 Valencia

País/Country:

España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a (A) SIMAP-CV a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Nombre del deudor/es/Debtor's name (titular/es de la cuenta de cargo):

Dirección del deudor/Debtor's address:

Población-Provincia/City-Town:

Código postal/Postal Code País/Country:

Número de cuenta-IBAN/Account number-IBAN:

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)/Swift BIC (up to 8/11 characters)

Tipo de pago/Type of payment: Pago recurrente/recurrent payment

Fecha (dd-mm-aaaa)/Date (dd-mm-yyyy)

Localidad/location in which you are signing:

Firma del deudor/Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA

ALL GAPS ARE MANDATORY. ONES THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.

SR. DIRECTOR ECONÓMICO

SERVICIO DE NÓMINAS

DEPARTAMENTO DE _____

D/Dña _____

con DNI nº _____ que actualmente presta sus

servicios como (*categoría*) _____;

en el (*centro de trabajo*) _____,

Departamento de Salud _____,

solicita que se le descuente de la nómina mensualmente la cantidad

correspondiente a la cuota (5'25 euros en 2018) de afiliación al sindicato

SIMAP, Sección Sindical CATEGORIA A2 (SIMAP Cod. 393), y se le

transfiera al sindicato dicha cantidad.

En _____, a _____ de _____ de 20