



# HOJA DE AFILIACIÓN

RELLENAR CON MAYÚSCULAS – MARCAR CON X LO QUE PROCEDA

## DATOS PERSONALES:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD  -

(DNI o NIE)

NOMBRE .....

APELLIDOS .....

SEXO  Hombre  Mujer  Otro

PROFESIÓN .....

(Vigilante de Seguridad, Auxiliar u Otro)

DIRECCIÓN .....

PROVINCIA .....

E-MAIL .....

ALTA  BAJA  MODIFICACIÓN

FECHA  /  /

NACIONALIDAD .....

LOCALIDAD .....

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO MÓVIL .....

## DATOS LABORALES:

EMPRESA / ENTIDAD EMPLEADORA .....

CENTRO DE TRABAJO / SERVICIO .....

Si decide afiliarse a este Sindicato es obligatorio rellenar la presente solicitud, no pudiendo tramitar su afiliación si falta rellenar alguno de los campos sobre datos personales y laborales. De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (15/1999), le informamos que los datos que nos facilite serán incorporados a ficheros titularidad de SPS - *Sindicato Profesional de Seguridad Privada y Servicios Auxiliares de Catalunya*, y podrán ser utilizados con las siguientes finalidades: mantenimiento de la relación como afiliado/a, emisión de carnet, emisión de la cuota sindical - así gestión del cobro de esta -, envío de información y publicaciones sobre cuestiones relativas a la actividad sindical, elaboración de estadísticas y prestación de servicios. Además, si desempeña labores de representación colectiva, sus datos serán tratados para la realización y seguimiento de las actividades sindicales amparadas en la legislación vigente. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición gratuitamente a través de la dirección de correo electrónico [spsc@spseguridad.org](mailto:spsc@spseguridad.org)

FIRMA AFILIADO/A

## ORDEN DE DOMICILIACIÓN DIRECTA SEPA:

Referencia Orden de Domiciliación .....

Identificación del Acreedor *G - 63.569.271* .....

Nombre del Acreedor *Sindicato Profesional de Seguridad (SPS)* .....

Dirección *C/ Villar, nº 63 Bajos* Población *Barcelona* Código Postal

Provincia *Barcelona* País *España* .....

NOMBRE DEL DEUDOR .....

Nº IBAN C. BANCARIA

MODALIDAD DE PAGO  Trimestral  Anual

**TODOS LOS CAMPOS DEBEN SER RELLENADOS**  
Una vez firmada, esta orden de domiciliación debe ser enviada al acreedor para su proceso y custodia

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el DEUDOR autoriza a: (A) Al ACREEDOR a enviar instrucciones a la entidad del DEUDOR para adeudar en su cuenta, y (B) A la Entidad Bancaria 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 del adeudo en su cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su Entidad Financiera.

FIRMA DEUDOR/A



## AUTORIZACIÓN CARGO CUOTA SINDICAL EN NÓMINA

EMPRESA / ENTIDAD EMPLEADORA .....

FECHA  /  /

NOMBRE AFILIADO/A .....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD  -

LOCALIDAD .....

Ruego a la recepción de este aviso y hasta nueva orden, se descuente de mi nómina cuota sindical, siendo esta abonada al **Sindicato Profesional de Seguridad Privada (SPS)** de acuerdo a las mensualidades e importes que le serán comunicados con la presentación de esta autorización.

FIRMA DEUDOR/A

