

FITXA D'AFILIACIÓ

DADES PERSONALS

DATA D'ALTA

NUM. CARNET

NOM

COGNOMS

ADREÇA

POBLACIÓ

TELF.

CORREU ELECTRÒNIC

C.P.

DNI

DATA DE NAIXEMENT

DADES PROFESSIONALS

EMPRESA

DEPARTAMENT

CENTRE DE TREBALL

ADREÇA

POBLACIÓ

TELF.

CATEGORIA

C.P.

DATA DE D'INGRÉS

SIGNAT EL

SIGNATURA

CLÀUSULA INFORMATIVA, RGPD.

- ☐ De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, la persona signant, consenteix al Sindicat d'Oficis Varis de L'Hospitalet de Llobregat CNT, incorporar les dades personals facilitats als fitxers corresponents, amb la finalitat de gestionar l'afiliació al sindicat, participació, enviament de publicació i informacions periòdiques sobre les activitats de la CNT, ja sigui per mitjà de correu ordinari, electrònic, missatge de text o altra mitja de comunicació electrònica equivalent, elaboració d'estadístiques i prestació de serveis, podent cedir les dades a les persones responsables del tractament de dades de la resta de sindicats de la CNT, Federacions de CNT, comitès de la CNT, secretaries de la CNT i als serveis jurídics de la CNT, així mateix a associacions internacionals de sindicats dels quals formi part la CNT; i l'entitat bancària corresponent, en cas de domiciliació bancària de l'abonament de la quota sindical.

- ☐ Les dades aportats són veritaders, exactes, complets i s'actualitzaran per part de la persona afiliada, sent aquesta responsable de comunicar qualsevol modificació d'aquests.

En qualsevol moment, pot exercitar els seus drets d'accés, cancel·lació, rectificació o oposició al tractament de la informació, dirigint-se per escrit al C/ Mare de Déu de Montserrat, 20, Baixos, 08901 L'Hospitalet de Llobregat; a l'adreça electrònica: hospitalet@cnt.es, o personant-se directament a la seu del mateix C/ Mare de Déu de Montserrat, 20, Baixos, 08901 L'Hospitalet de Llobregat

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

Referencia de la orden de domiciliación / *Mandate reference* :

Identificador del acreedor / Creditor's identifier : ES53000G64283260

Nombre del acreedor / *Creditor's name* : SOV-CNT HOSPITALET

Dirección / Address : C/ Mare de Déu de Montserrat, 20, baixos.

Código Postal – Población – Provincia / Postal Code – City – Town :
08901 – L'Hospitalet de Llobregat - Barcelona

País / Country : ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en 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 su cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (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 instruction 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 of with your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Nombre del deudor / Debtor's name :

Dirección del deudor / Address of the debtor :

Código Postal – Población – Provincia / *Postal Code – City – Town* :País del deudor / *Country of the debtor* :

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

[illegible]

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

[illegible]

Tipo de pago: ☐ Pago recurrente / *Recurrent payment* ☐ Pago único / *One-off payment*

Fecha – Localidad / *Date – location in wich 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. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED, MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.