

FECHA ALTA	FICHA DE AFILIACIÓN POR BANCO	DELEGADO	
/ /		SI	NO
DATOS PERSONALES			

APELLIDOS						FECHA NACIMIENTO	
NOMBRE				DNI			/ /
DOMICILIO							
Nº		PISO		LETRA		LOCALIDAD	
C.POSTAL					PROVINCIA		
TELEFONO					TELEFONO MOVIL		
E-MAIL							

DATOS PROFESIONALES	
---------------------	--

CONSEJERIA/MINISTERIO/ORGANISMO	
EMPRESA	

Se compromete a la permanencia afiliativa en PROGRESA, por un periodo mínimo de 2 años ininterrumpidos (1) produciéndose en caso contrario el cobro, por parte de PROGRESA, de todos los servicios jurídicos utilizados (2) (excepto condena en costas y procurador) y/o costes de cursos realizados (3) y que reciba durante el periodo reseñado anteriormente.

En caso de incumplimiento de este acuerdo, negándome, por mi parte, al pago correspondiente de estos servicios, PROGRESA podrá tomar las acciones legales jurídicas pertinentes para dirimir su derecho.

- 1.- Salvo que la Comisión Ejecutiva otorgue acuerdo de otro tipo de pago de cuota
- 2.- En el uso de los servicios jurídicos, estos serán de carácter gratuito exclusivamente en consultas de derecho laboral, desde el primer día de ingreso. Siendo el servicio Jurídico solo el coste de los letrados, según marca el reglamento.
- 3.- El cómputo del coste total por cada curso realizado, será el coste total de cuotas por el periodo de los dos años acordados de permanencia.

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos que nos facilita serán incorporados a un fichero bajo la responsabilidad del sindicato PROGRESA, con la finalidad de gestionar su afiliación, permitir el ejercicio de los derechos y obligaciones previstos en los estatutos, y mantenerle informado por cualquier medio de las actividades del sindicato.

Los informamos también que en cualquier momento, puede ejercer su derecho de acceso, cancelación, rectificación y oposición, mediante escrito a la dirección del sindicato PROGRESA, adjuntando copia DNI. Mediante la firma de la presente ficha nos da su consentimiento expreso para tratar sus datos de acuerdo con las finalidades anteriormente descritas, y en caso de causar baja del sindicato permite que se puedan preservar sus datos con fines históricos y estadísticos.

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Sr/Sra Director/a del banco/caja

con dirección en

población	código postal
-----------	---------------

a partir de la fecha ruego hagan el cargo trimestral en la Cta/Libreta con IBAN nº:

E	S				
---	---	--	--	--	--

de los recibos que a nombre de D^o/D^{ña}

les presente el **Sindicato Progreso y Autonomía**, con CIF **G/87709242** e IBAN ES33 0182 7589 9202 0153 3838

del BBVA entidad (0075) Paseo de la Castellana Nº 215 – 28046 MADRID sucursal (7589).

FECHA Y FIRMA