FULLA D'AFILIACIÓ A FORMACIÓN OBRERA REPRESENTATE DE LOS TRABAJADORES

Nom: _____ Cognoms: _____

Adreça: _____

Població: _____ Telf: _____/_____

Província: _____ NIF: _____ CP: _____

Categoria Professional: _____ Data naixement: _____

Correu electrònic: _____

Dades Professionals

Empresa: _____

Adreça: _____

Població: _____ CP: _____ Tel: _____ Fax: _____

De conformitat amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, us informem que les dades que ens faciliti seran incorporades en fitxers de titularitat de la Formació Obrera Representant dels Treballadors, i podran ser utilitzades amb les següents finalitats: manteniment de la relació com a afiliat/da, emissió de quota sindical, així com gestió de cobrament de la mateixa, tramesa d' informació i publicacions sobre qüestions relatives a l' activitat sindical, elaboració d' estadístiques i prestació de serveis. A més, si exerceix tasques de representació col·lectiva, les seves dades seran tractades per a la realització i seguiment de les activitats sindicals emparades en la legislació vigent. Podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició gratuïtament a través de l'adreça de correu electrònic organizacion@sindicatofort.com

---

AUTORITZACIÓ PER A DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Prec que, a càrrec del meu compte a baix, abonin al Sindicat FORT, els rebuts que presentin i que corresponen a la meva afiliació.

Nom i Cognoms: _____

NIF: _____ Titular del compte: _____

Banc o Caixa: _____

Adreça: _____

Població: _____ C P : _____ Tel: _____

Núm. de compte:

DADES PER A LA CONFORMITAT D' ALTA A FORT I AUTORITZACIÓ AL CÀRREC PER DESCOMPTE EN NÒMINA D' EMPRESA

Prec a la recepció d'aquest avís i fins a nova ordre, es descompti de la meva nòmina quota sindical, sent aquesta abonada al Sindicat Formació Obrera Representant dels Treballadors (FORT) d'acord a les mensualitats i imports que li seran comunicats amb la presentació d'aquesta autorització.

NOM DEL DEUTOR/A: _____

DNI/NIE: _____

TRAMITAR BAIXA ANTERIOR SINDICAT: _____

SIGNATURA DEL DEUTOR/A

DATA: _____