



Solicitud de afiliación
DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre
Fecha de Nacimiento/...../...../ N.I.F. N.R.P.
Domicilio CP
Localidad Provincia
Móvil E-mail

DATOS LABORALES

Centro de destino.....
Localidad Provincia
Cuerpo/.....
Especialidad/.....
Situación administrativa:

En Firma
a..... de de Fdo.:

De acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de carácter personal, le informamos de que ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE CASTILLA Y LEÓN, ASPES - CL es el responsable del tratamiento de sus datos.

Finalidad 1: Gestionar su inscripción y posterior condición de asociado. Base que legitima el tratamiento: ejecución de un contrato.

Para las siguientes finalidades solicitamos su consentimiento, como base de legitimación, marcando la casilla correspondiente:

Finalidad 2: Remitirle informaciones relacionadas con la asociación, cursos y actividades que puedan ser de su interés: **SI [] NO []**

Finalidad 3: Remitirle informaciones relativas a productos y servicios ofrecidos por empresas con las que ASPES firme acuerdos de colaboración, por distintos medios, incluidos los electrónicos: **SI [] NO []**

El cobro de los recibos domiciliados se efectúa conforme al Real Decreto-ley 19/2018, de 23 de noviembre, de servicios de pago y otras medidas urgentes en materia financiera. Con la firma del presente documento, autoriza expresamente a la ASOCIACIÓN para que presente al cobro, en la cuenta indicada y con carácter indefinido en tanto continúen las relaciones entre ambas partes, los recibos correspondientes al pago de la cuota de asociado.

Con carácter general, los destinatarios de sus datos serán aquellos terceros a los que cedamos sus datos, cuando sea lícito conforme a lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección de datos.

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional en la Política de Privacidad que encontrará disponible en nuestra página web: <https://www.aspescl.com/>



Sr. Director de Banco o Caja
Autorizo a esta entidad bancaria para que cargue en mi cuenta los recibos que a mi nombre presente la Asociación de Profesores de Enseñanza Secundaria de Castilla y León.
D/Dª
con domicilio en
en la localidad de
con código postal y provincia de

Código Cuenta Cliente – Código IBAN

CÓDIGO PAÍS		DÍGITO CONTROL		CÓDIGO ENTIDAD				NÚMERO OFICINA				DÍGITO CONTROL		NÚMERO DE CUENTA											
E	S																								

INFORMACIÓN SEPA PARA RECIBOS DOMICILIADOS Conforme a lo exigido por la Ley de Servicios de Pago (Ley 16/2009), con la firma de este documento AUTORIZA expresamente a la ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE CASTILLA Y LEÓN, ASPES - CL, con CIF G37355260, para que presente al cobro en la cuenta indicada y con carácter indefinido, en tanto continúen las relaciones entre ambas partes, los recibos correspondientes al pago de los servicios prestados por el mismo. Si decide revocar la autorización, rogamos nos lo comuniquen por escrito de manera fehaciente, teniendo en cuenta que los recibos relativos a servicios realizados antes de dicha revocación, aunque éstos no hayan sido facturados, deberán ser atendidos **SI [] NO []**

En Firma
a..... de de Fdo.:

