

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

(Remitir por fax al nº 914 251 835

o escaneado a: gestha@gesthadifusion.com)

ALTA MODIFICACIÓN

DATOS PERSONALES

DNI _____

Apellidos y Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección de notificaciones _____

C.P. _____ Municipio _____ P rovincia _____

Teléfono _____ e-mail _____

DATOS PROFESIONALES

Organismo _____ Centro de Trabajo _____

Dirección _____

C.P. _____ Municipio _____ Provincia _____

Área (en la AEAT) _____ Nivel de Destino _____

FORMA DE PAGO

POR NÓMINA (MENSUAL)

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma:

Sr. Habilitado de l M inisterio de _____ o de la A EAT (Provincia)
_____ le ruego que con cargo a mi nómina, se atiendan las cuotas
sindicales que a mi nombre presente el sindicato de Técnicos de Hacienda (GESTHA).

Apellidos, Nombre y NRP

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma: