

***El SIMAP-PAS (Sindicato de Facultativos y Profesionales de la Sanidad Pública) mantiene un acuerdo de colaboración e integración con el SIMAP-CV por el que delega en este último la totalidad de las competencias estructurales para su funcionamiento***

---

**Formulario de AFILIACION al SIMAP-CV**  
**GRUPOS C1 - C2 - A.P.**

Este formulario consta de 4 páginas:

- Dos hojas de datos, que tienes que imprimir, rellenar y firmar.
- Dos para el pago de las cuotas. Según la forma de pago que elijas:
  - para domiciliación en el banco del pago debes imprimir, rellenar y firmar la tercera
  - para pago por descuento directo en la nómina tienes que imprimir, rellenar y firmar la cuarta, y entregárnosla para que la llevemos a Administración del Departamento

Por lo tanto debes hacérmolas llegar todas. Para ello te proponemos uno de estos medios:

- Contactando con tu delegado sindical y entregándosela en mano.
- Escaneando las hojas firmadas y remitiéndonolas por email a [simap\\_administracion@simap.es](mailto:simap_administracion@simap.es) Si vas a remitirlas por correo electrónico asegúrate de identificar el archivo con tu nombre.
- Enviando las hojas firmadas por correo postal, a la siguiente dirección:

*SIMAP-CV*  
*Sindicato de Médicos de Asistencia Pública*  
*C/ Gran Vía Fernando el Católico, 46, 1, pta 1ª*  
*46008 VALENCIA*  
*Tf.: 961 930 723*

Te insistimos en que para adecuarnos a la normativa europea SEPA, es imprescindible que una vez firmada la orden de domiciliación nos la hagas llegar.

Gracias por tu colaboración y confianza

De acuerdo por lo dispuesto por la L.O. 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante esta vía serán incluidos en un fichero de datos en formato papel y serán incluidos en un fichero automatizado de datos, cuya finalidad será la correcta gestión de las acciones y la relación con el Sindicato. Sus datos no serán utilizados con fines comerciales, aunque sí es posible que sean utilizados para mantenerle informado de las actuaciones del sindicato.

---

**Solicito mi afiliación al SIMAP-CV y deseo abonar mis cuotas:**

- Por domiciliación bancaria anual (rellenar autorización bancaria adjunta)*
- Por descuento mensual en nómina*

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Nombre:

Firma:

## Formulario de AFILIACION al SIMAP-CV

### DATOS PERSONALES DE AFILIACION

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <i>Nombre</i>             |  |
| <i>Apellido 1</i>         |  |
| <i>Apellido 2</i>         |  |
| <i>DNI</i>                |  |
| <i>Domicilio</i>          |  |
| <i>Localidad</i>          |  |
| <i>Código Postal</i>      |  |
| <i>Provincia</i>          |  |
| <i>Teléfono fijo</i>      |  |
| <i>Teléfono móvil</i>     |  |
| <i>Correo electrónico</i> |  |
| <i>Fecha nacimiento</i>   |  |
| <i>Lugar nacimiento</i>   |  |

### DATOS PROFESIONALES

|                              |                    |                 |                       |              |
|------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--------------|
| <i>Categoría profesional</i> |                    |                 |                       |              |
| <i>Centro de trabajo</i>     |                    |                 |                       |              |
| <i>Servicio / Unidad</i>     |                    |                 |                       |              |
| <i>Régimen jurídico</i>      | <i>Estatutario</i> | <i>Laboral</i>  | <i>Funcionario</i>    | <i>Otros</i> |
| <i>Tipo de contrato</i>      | <i>Fijo</i>        | <i>Temporal</i> | <i>At. Continuada</i> | <i>Otros</i> |

# Formulario de AFILIACION al SIMAP-CV

## Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

*SEPA Direct Debit Mandate*

Referencia de orden de domiciliación/Mandate reference (a rellenar por SIMAP\_administración)

Nombre del acreedor/Creditor's name:

**SIMAP-CV**

Identificador del acreedor/Creditor Identifier:

ES47951G46980314

Dirección/Address:

Gran Vía Fernando el Católico 46-1-1<sup>a</sup>

Código postal-Población-Provincia/Postal Code-City-Town:

46008 Valencia

País/Country:

España

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

By signing this mandate form, you authorize (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 instructions 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 on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Nombre del deudor/es/Debtor's name (titular/es de la cuenta de cargo):

Dirección del deudor/Debtor's address:

Población-Provincia/City-Town:

Código postal/Postal Code País/Country:

Número de cuenta-IBAN/Account number-IBAN:

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

Tipo de pago/Type of payment: Pago recurrente/recurrent payment

Fecha (dd-mm-aaaa)/Date (dd-mm-yyyy)

Localidad/location in which 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. ONES THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.

SR. DIRECTOR ECONÓMICO  
SERVICIO DE NÓMINAS  
DEPARTAMENTO DE \_\_\_\_\_

D/Dña \_\_\_\_\_

con DNI nº \_\_\_\_\_ que actualmente presta sus  
servicios como (*categoría*) \_\_\_\_\_;  
en el (*centro de trabajo*) \_\_\_\_\_,  
Departamento de Salud \_\_\_\_\_,  
solicita que se le descuente de la nómina la cantidad correspondiente a la  
cuota (3'50 euros en 2018), en concepto de afiliación al sindicato SIMAP,  
Sección Sindical OTRAS CATEGORIAS (SIMAP Cod. \_\_\_\_\_), y se le  
transfiera al sindicato dicha cantidad.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Firmado: