

SOLICITUD DE AFILIACION
Datos personales

Número documento	DNI	NIE	Otro
Nombre	Apellidos		
Fecha nacimiento	Sexo		
Domicilio			
Municipio			Código P
Teléfono	email		
¿Eres trabajadora sexual?		¿En qué sector?	
Nombre artístico			

Domiciliación Bancaria

De acuerdo con lo establecido en el Congreso, la cuota de afiliada **trimestral es de 21,00 €**, indícanos, la entidad bancaria y número de cuenta donde se podrán domiciliar los recibos,

Entidad Bancaria			
Número de cuenta			
IBAN			

Fecha, _____

[Firma] _____

Los datos proporcionados, serán tratados y gestionados con total confidencialidad e incorporados a un fichero gestionado y propiedad de OTRAS, creado con la única finalidad de facilitar la tramitación del pago de las cuotas, así como para poder mantener una comunicación a fin de informar a sus afiliadas de los eventos y actos que organice el Sindicato.

Los afiliados podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, en los términos establecidos en la LOPD 15/1999 de 13 de diciembre, y demás normativa concordante a través del correo electrónico afiliacion@sindicatootras.org.