

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y apellidos:.....
.....

Nº de empleado/a:

Puesto de trabajo / Categoría:

Nivel de clasificación profesional:.....

Centro de Trabajo:.....

Teléfono:..... E-mail:.....

Teléfono móvil:.....

DOMICILIO DEL AFILIADO

calle:.....

número:..... piso:..... puerta:.....

población:.....

provincia:..... código postal:.....

D.N.I.:..... fecha nacimiento:.....

Firma:



sindicato independiente
de transportes

Sr. Jefe de Personal

TRANSPORTS DE BARCELONA, S.A.

Quien suscribe:.....

Nº de empleado:.....

Autoriza a TRANSPORTS DE BARCELONA, S.A. para que, hasta nueva orden, detraiga mensualmente de su nómina el importe correspondiente a la cuota de afiliación al **Sindicato Independiente de Transportes**, que deberá liquidar al mismo.

El importe de dicha cuota mensual será el que de a conocer a la Empresa en cada momento el Sindicato. En caso de modificación la nueva cuota se aplicará en los haberes del mes siguiente a aquél en que se haya comunicado.

Firma:

Barcelona, a.....de.....de.....

Sindicato **Independiente de Transportes**
Estación Metro Paral.lel, <L2-L3>
Vestíbulo principal
Salida Nou de la Rambla
08004 Barcelona

Tel: 934 438 285 - 934 148 328

Fax: 932 148 338

Interior: 88328

Apartado de Correos: 428, 08080 Barcelona

www.sit-bcn.com

info@sit-bcn.com