

# FULL SOL·LICITUD D'AFILIACIÓ



**CAT:** C/ Cristóbal de Moura, 105-111, 2n 4a - 08019 Barcelona Tel.: 934 850 350 Fax: 933 094 480 [cat@elsindi.cat](mailto:cat@elsindi.cat) [www.elsindi.cat](http://www.elsindi.cat)

## DADES PERSONALS

Nom	<input type="text"/>	Cognoms	<input type="text"/>	NIF	<input type="text"/>
Adreça	<input type="text"/>				
Població	<input type="text"/>	CP	<input type="text"/>	Província	<input type="text"/>
Telèfon fix	<input type="text"/>	Telèfon mòbil	<input type="text"/>	Estudis	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>			Data naixement	<input type="text"/>

## DADES PROFESSIONALS

CATegoria	<input type="text"/>	Núm. agent	<input type="text"/>	Promoció	<input type="text"/>
Destinació	<input type="text"/>			Escamot	<input type="text"/>

## ASSEGURANÇA ILT's PREVISIÓN MALLORQUINA

SÍ ( 60 euros)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	----	--------------------------

## DADES PER DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Banc o Caixa	<input type="text"/>				
Núm. IBAN (24 dígit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ALTRES DADES

Desitjo rebre correspondència al meu domicili	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
---	--------------------------	----	--------------------------	----

## Dades a omplir pel **CAT**

Data d'afiliació	<input type="text"/>	Delegat que rep l'alta	<input type="text"/>	Núm. de carnet	<input type="text"/>
Observacions	<input type="text"/>			Signatura	<input type="text"/>

