



---

**SINDICATO DE MEDICOS DE ASISTENCIA  
PUBLICA DE CASTILLA LA MANCHA**

CIF: G16230575

C/ Hermanos Becerril, 7 6° C 16004 Cuenca

e-mail: simap.clm@gmail.com

**MODELO DE AFILIACION SIMAP-CLM**

APELLIDOS.....

NOMBRE.....

DOMICILIO: CALLE.....

LOCALIDAD.....CP.....

TELEFONO.....MOVIL.....

DNI.....e-mail.....

LUGAR Y FECHA  
DE NACIMIENTO.....

LUGAR Y PUESTO  
DE TRABAJO.....

---

## AUTORIZACION BANCARIA

NOMBRE DEL AFILIADO.....

### DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA:

APELLIDOS Y NOMBRE.....

NIF.....

DOMICILIO: CALLE.....

LOCALIDAD.....CP.....

### ENTIDAD BANCARIA

CAJA O BANCO.....

SUCURSAL.....

DIRECCION: CALLE.....

LOCALIDAD.....CP.....

### Nº DE CUENTA

ENTIDAD				SUCURSAL				DC		NUMERO DE CUENTA									

FECHA Y FIRMA