



## **SOLICITUD DE AFILIACIÓN A FESITESS** **CASTILLA Y LEÓN**

### DATOS DEL AFILIADO

Apellidos y nombre			
D.N.I.			
Dirección		C.P.	
Nº de Teléfono			
Correo electrónico			
Especialidad			
Centro de trabajo			
Servicio de Salud Autonómico			
Estado actual	Trabajando		Desempleado

### DOMICILIACIÓN DE LA CUOTA

Entidad financiera			
Oficina			
CODIGO Entidad	CUENTA Oficina	CLIENTE D.C	CCC Nº de Cuenta

***Solicito la afiliación a FESITESS Castilla y León, comprometiéndome a abonar las cuotas establecidas y aceptar los estatutos por los que se rige esta Federación.***

Fecha :

ENVIAR A FESITESS CASTILLA Y LEÓN [afiliacion@fesitesscastillayleon.com](mailto:afiliacion@fesitesscastillayleon.com) o  
enviar al APARTADO DE CORREOS 259, CP 40001, SEGOVIA.