



FULL D'AFILIACIÓ

Nom		Primer llinatge		Segon llinatge	
D.N.I. amb lletra			Data de naixement		
Adreça		Núm.	Pis i porta	Localitat	C.P.
Telèfon 1		Telèfon 2		Telèfon mòbil	
Correu electrònic					
Cos (mestres, secundària, FP, ...)			Situació administrativa (definitiva, interina, expectativa, altres)		
Centre de treball					
Especialitats que posseeixes			Especialitats que imparteixes		

DADES PER A LA DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Titular del compte			N.I.F.		
Sr/a director/a: els agrairé, que fins a nova ordre, vulguin atendre amb càrrec al meu compte els rebuts que els siguin presentats per ANPE ILLES BALEARS - SINDICAT INDEPENDENT					
Banc/Caixa		Carrer de l'oficina		Localitat	C.P.

Número de compte (24 dígit)

IBAN	ENTITAT	CODI OFICINA	DC	NÚMERO DE COMPTE

COMPTE CORRENT AFILIACIÓ: BMN Sa Nostra cc: ES10-0487-2106-61-2000005917

Signatura del/la titular

A _____, de _____ de 20____

Segell o certificat de l'entitat bancària que indica que les dades bancàries son correctes.