



BUTLLETA D'AFILIACIÓ A CATAAC-CTS-IAC

DADES PERSONALS

Cognoms.....Nom.....

Adreça.....

Població... ..Comarca.....C.P.....

Telèfon.....Mòvil.....

E-Mail.....

Data de Naixement.....D.N.I.....

DADES LABORALS

Centre de Treball.....

Adreça.....

Població.....Província.....C.P.....

Telèfon.....Ext.....

E-Mail.....

Categoria.....Situació Laboral.....

Lloc de Treball: Hospital ABS® ABS (No R.) ALTRES
(Marqueu amb una X)

Servei.....Torn.....

Data d'Afiliació.....

Signatura

Nom i Cognoms del Afiliat :

Titular del CompteBanc/Caixa.....

Núm. de C/C o Llibreta

IBAN

ENTITAT

OFICINA

DIG.CONT.

NÚM. COMPTE

SIGNATURA

Data : / / 201