

Telefon 93 51 777 15 www.sipvsc.org	Fax 93 51 779 00 sipvsc@yahoo.es
--	-------------------------------------

Nº Afiliado _____

AFILIACIÓN

Nombre _____ Apellidos _____

N.I.F. _____ - Domicilio _____

_____ C.P. _____ Población _____

Provincia _____ Teléfono: _____

Movil: _____ Email: _____

EMPRESA: _____

CATEGORIA:

Vigilante de Seguridad

Otros : _____

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco ó Caja _____

Entidad: _____ Oficina: _____ D.C.: _____

Nº Cuenta _____

Titular Cta _____ N.I.F. _____ - _____

Sr. Director del Banco / Caja ruego se sirva tomar nota de que hasta nuevo aviso, deberán adeudar con cargo a mi Cta. En esta entidad, los efectos les sean presentados al cobro por el **SINDICAT INDEPENDENT PROFESSIONAL DE VIGILANCIA I SERVEIS DE CATALUNYA (SIPVS-C)**

Atentamente:

_____ A _____ de _____ 20__