

PSOE



Secretaría Federal de Organización
DEPARTAMENTO FEDERAL DE AFILIACION Y CENSO (DFAC)

FICHA DE AFILIACIÓN

AFILIACIÓN

SIMPATIZANTE MILITANTE

TIPO

MODIFICACIONES TRASLADOS ALTA

GRUPACIÓN MUNICIPAL/DISTRITO

FECHA SOLICITUD ALTA

D.N.I./N.I.F. PASAPORTE

GRUPACIÓN PROVINCIAL/INSULAR

TARJETA RESIDENTE

PEGAR
ANVERSO D.N.I. /
TARJETA RESIDENTE
NO GRAPAR
EN NINGUN CASO

PEGAR
REVERSO D.N.I. /
TARJETA RESIDENTE
NO GRAPAR
EN NINGUN CASO

1º APELLIDO*

2º APELLIDO

NOMBRE*

SEXO

V M

TIPO VÍA DIRECCIÓN*

RESTO DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL* LOCALIDAD*

MUNICIPIO*

CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN ACTUAL

SINDICATO / FEDERACIÓN

ASOCIACIONES A LAS QUE PERTENECE

FECHA DE NACIMIENTO*

LUGAR DE NACIMIENTO

TELÉFONO CONTACTO*

OTRO TELÉFONO

SITUACION LABORAL ACTUAL

ESTUDIOS

ORGANIZACIONES SECTORIALES

Cuota mensual + cuota voluntaria = cuota total mensual

ATENCIÓN: La firma de esta ficha significa la aceptación de los estatutos y demás normativas internas del PSOE. El PSOE, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal, informa de que sus datos serán integrados en un fichero del que es responsable el PSOE, que los utilizará para tramitar su afiliación, permitir el ejercicio de los derechos y obligaciones previstos en los estatutos, y mantenerle informado/a de sus actividades. Consiente en que sus datos sean tratados de acuerdo a lo establecido en el reglamento de Afiliados/as a efectos de inscripción como Militante o Simpatizante y que, en caso de causar baja, el PSOE puede conservar sus datos con fines históricos y estadísticos. Así mismo consiente su cesión a Partidos Políticos de ideología Socialista (afines). puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al PSOE, c/ Ferraz 70 28008-Madrid. ***Campos obligatorios**

FIRMA Y SELLO S. ORGANIZACIÓN

FIRMA DEL INTERESADO/A

EJEMPLAR PARA LA C.E.F.

Ruego atiendan los recibos que periódicamente les presente el PSOE-CEF en concepto de cuota de D/Dña.:

Atentamente,

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre:

I.B.A.N	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

RELLENAR ESTE IMPRESO A MANO Y CON LA LETRA EN MAYUSCULAS. NO TACHAR NI BORRAR. SI SE COMETE UN ERROR, PEDIR OTRO IMPRESO