



SOLICITUD ALTA / RENOVACIÓN TARJETA FAMEDIC

ALTA

RENOVACIÓN

Apellidos: _____

Nombre: _____

DNI: _____

En mi condición de afiliado/a al SINDICATO ANDALUZ DE FUNCIONARIOS, autorizo el cargo de **10 euros** en mi cuenta bancaria, correspondientes a la cuota anual de expedición de la tarjeta sanitaria **FAMEDIC**.

Así mismo, **doy mi consentimiento expreso** al Sindicato Andaluz de Funcionarios (en adelante SAF) para que **ceda** mis datos personales (nombre, apellidos y D.N.I.) a Famedic Salud SL con domicilio: C/ Virgen de Luján, 30 B – Entreplanta Izquierda. C.P. 41011, Sevilla para realizar la expedición de mi tarjeta sanitaria anual, según el Acuerdo que el Sindicato Andaluz de Funcionarios tiene suscrito con FAMEDIC.

También autorizo a SAF para que mis datos sean incorporados a un fichero automatizado con la finalidad de poder gestionar mi tarjeta de salud. En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, y del Reglamento Europeo de la U.E. 2016/679 sobre Protección de Datos de Carácter Personal. Se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, comunicándolo por escrito a la dirección: Sindicato Andaluz de Funcionarios, c/ Muñoz Olivé nº 1, casa 1, planta 2a, módulo 18 - 41001 SEVILLA y/o en la dirección de correo lopd@sindicatosaf.es

En _____ a, _____ de _____ de _____

Fdo: _____