



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Apellidos.....

Nombre.....

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funcionario PTGAS | <input type="checkbox"/> Laboral PTGAS |
| <input type="checkbox"/> PDI Funcionario | <input type="checkbox"/> PDI Laboral |

Centro de Trabajo

Grupo Profesional

Télefono

email

Dirección Particular

D.N.I.

Cuota de afiliación: **9 euros/mes** (deducible en Renta) por transferencia mensual a la cuenta del SAP:

IBAN: ES1100490328242510409049 BANCO SANTANDER

Madrid de de

Firma: