

SOLICITUD DE ADHESIÓN Y CESIÓN DE REPRESENTACIÓN

Remitir por correo electrónico (secretaria@aseclide.es) o por correo postal (calle Infanta Luisa de Orleans 10-bajo. 41004 Sevilla)

Nombre del empresario/a autónomo o nombre de la Sociedad:

NIF del empresario/a autónomo o CIF del empresario/a individual

Nombre y apellidos del representante legal:

NIF del representante legal:

Nº de colegiado:

Dirección de la empresa:

Código Postal: _____

Localidad: _____

Sector de actividad: **ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS**

Número de trabajadores asalariados: _____

Legítimo a la **Asociación de empresarios de Clínicas Dentales y su Provincia (ASECLIDE) con CIF G41933706** para la defensa de mis intereses en la negociación del Convenio Colectivo de las empresas destinadas a establecimientos sanitarios, en general, y de clínicas dentales, en particular, de carácter privado de la provincia de Sevilla.

Fdo.: _____

DNI: _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

Adjuntar dicha solicitud completada, junto con fotocopia del DNI (y documentación acreditativa de la sociedad, en su caso) y la vida Informe de vida laboral de la clínica, que formalmente se denomina "Informe de vida laboral de tu código de cuenta de cotización"

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: El responsable de sus datos es ASECLIDE, con domicilio en C/ Infanta Luisa de Orleans, nº10 bajo, CP 41004, (Sevilla), y correo electrónico: secretaria@aseclide.es

Finalidad: Gestión de las diferentes acciones de la asociación. Principalmente la representación en las mesas de negociación para el convenio colectivo de los dentistas empresarios de la provincia de Sevilla, o entidad superior, y negociar con los diferentes proveedores de productos y servicios.

Base jurídica: Consentimiento del interesado. Interés Legítimo.

Plazo de conservación: Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en las diferentes normativas respecto al plazo de conservación, en lo que resulte de aplicación al presente tratamiento.

Destinatarios: No se realizarán transferencias internacionales de datos, ni se cederán datos a terceros, salvo para el cumplimiento de las obligaciones legales.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, solicitar la portabilidad de los mismos, oponerse al tratamiento y solicitar la limitación de éste, puede ejercer los anteriores derechos enviando su solicitud a la dirección anteriormente indicada.

SI___ / NO___ deseo expresamente que ASECLIDE me represente con la finalidad descrita.

SI___ / NO___ deseo expresamente recibir información a través de correo postal y electrónico de ASECLIDE.

Teléfono privado empresario: _____

E-mail privado empresario: _____

Teléfono de la clínica: _____

Fdo.: _____

DNI: _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

Adjuntar dicha solicitud completada, junto con fotocopia del DNI (y documentación acreditativa de la sociedad, en su caso) y la vida Informe de vida laboral de la clínica, que formalmente se denomina "Informe de vida laboral de tu código de cuenta de cotización"