

**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\_\_

## 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](mailto: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"