



Unió Sindical Obrera
de les Illes Balears

C/ Sgto. Cortés Piña, 2. 1ºB
07007 Palma de Mallorca
Tel. 971 277914 Fax 971 279098

Sello de registro de Recepción

ALTA

Apellidos			Nombre	
Fecha Nacimiento	NIF/Pasaporte/NIE	Teléfono	Móvil	Hombre/Mujer
e-mail:				
Nacionalidad		Domicilio		
Código Postal	Localidad		DELEGADO Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Empresa		Nº Seguridad Social Empresa		
Domicilio Empresa		Código Postal	Teléfono/s empresa	
Actividad Empresa				

EN CASO DE PARADO O INMIGRANTE SIN OCUPACIÓN
ULTIMA ACTIVIDAD LABORAL REALIZADA

--

Categoría	Tipo Contrato	Forma de pago
-----------	---------------	---------------

Pagado al afiliarse (meses) _____

Tipo de Cuota (A,B,C,D o E) _____ **Importe** __

Banco de pago	Entidad	Sucursal	D.C.
Dirección Sucursal		Nº de cuenta (10 dígitos)	

Código Afiliado	Fecha de alta		
Unión	Federación	Sector	Convenio

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Sr. Director
Caja o Banco _____
Agencia o Sucursal _____

Cod. Banco	Oficina	D.C.
------------	---------	------

Muy Sr. Mío:

Nº de cuenta

Agradeceré se sirva atender con cargo a mi cuenta los recibos
correspondientes a las CUOTAS SINDICALES que les presentará la UNIÓN
SINDICAL OBRERA DE LES ILLES BALEARS (USO), con CIF nº G-07322399

Referencia

Titular de la cuenta _____ de _____ de _____